Изъ клиники Профессора А. И. Лебедева.

Серія диссертацій, защищавшихся въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1887—88 учебн. году.

Zamshin (A. T.) Cæsarian section (Abstr. L. 89, i. 348) [in Russian], 8vo. St. P., 1888

6 56 12

КЪ ВОПРОСУ О КЕСАРСКОМЪ СѢЧЕНІИ

ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОМЪ ПОКАЗАНІИ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

А. И. ЗАМШИНА,

ординатора Академической Акушерско-гинекологической клиники профессора А. И. Лебедева,

врача-экстерна С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND 25 NOV 92 LIBRARY

Цензорами диссертаціи по порученію Конференціи были Профессоры:

К. Ф. Славянскій, А. И. Лебедевъ, Приватъ-Доцентъ **В. Ф. Масловскій.**

Surgery and Gynæcology.

No. 79.—Dr. Zamshin: Cæsarean Section. A table is given of thirty-four collected cases in which Sänger's operation has been performed for contracted pelvis.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Листка Объявленій Р. Лаферентъ, Литейная 38.

1888.

Изъ клиники Профессора А. И. Лебедева.

Серія диссертацій, защищавшихся въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1887—88 учебн. году.

№ 79.

КЪ ВОПРОСУ О КЕСАРСКОМЪ СѢЧЕНІИ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОМЪ ПОКАЗАНІИ.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
25 NOV 92
LIBRARY

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

А. И. Замшина,

ординатора Академической Акушерско-гинекологической клиники профессора А. И. Лебедева,

врача-экстерна С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія.

Цензорами диссертаціи по порученію Конференціи были Профессоры:

К. Ф. Славянскій, А. И. Лебедевъ, Приватъ-Доцентъ **В. Ф. Масловскій.**

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Листка Объявленій Р. Лаферецъ, Литейная 38.

1888.

Докторскую диссертацію лекаря Замнина, подъ заглавіемъ «Къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи», печатать разрѣшается съ тѣмъ чтобы по отпечатаніи оной, было представлено въ конференцію Императорской военно-медицинской академіи 500 экземпляровъ ея.

С.-Петербургъ Апрѣля 16 дня 1888 г.

Ученый Секретарь *В. Пашутинъ.*

Замѣченныя опечатки.

Стр.	Строка.	Напечатано.	Слѣдуетъ читать.
2	3 сверху	съ тѣмъ чтобы	съ тѣмъ, чтобы
3	3 »	сѣченія	сѣченія при относительномъ показаніи
6	1 снизу	6-ое изд.	9-ое изд.
10	16 сверху	Хазина	Хазана
—	17 »	перерорацію	перфорацію
11	3 »	ляпоротомій	ляпаротомій
12	11 »	intentianis	intentionis
13	5 »	кэнгутовые	кэтгутовые
27	1 »	Сутугинъ)	Сутугинъ, P. Müller)
28	5 »	1887	1867
35	18 »	матки которая	матки, которая
37	5 снизу	фиксированное	фиксированной
43	13 »	въ одномъ такъ	въ одномъ, такъ
48	14 сверху	ляпоротомій	ляпаротоміи
—	20 »	опрація	операція
49	13 »	матки.	матки,
—	5 снизу	l c.,	l. c.),
50	15 сверху	чт перфорація	что перфорація
51	3 »	метоту	методу
53	1 снизу (13 столб.)	фиксированное	фиксированной
54	10 снерху (5 »)	обильное, отдѣленіе	обильное отдѣленіе
56	14 » (8 »)	узловатая	узловатые
—	12 снизу (2 »)	Бохель	Базель
—	10 » (4 »)	C. diag. 8.	C. v. 7—7,5

Будущность всякой операціи зависитъ отъ тѣхъ результатовъ quoad vitam et valetudinem, которые она дастъ или можетъ дать. Относительно кесарскаго сѣченія это положеніе тѣмъ сильнѣе можетъ быть подчеркнуто, что оно завѣдомо спасаетъ одну жизнь — жизнь плода; если это-же можно было-бы сказать и касательно жизни матери, то, конечно, не могло-бы и рождаться вопроса объ умерщвленіи плода для уменьшенія его объема. Сказать о значительности опасности этой операціи, установить окончательно ея raison d'être на основаніи тѣхъ статистическихъ данныхъ новѣйшихъ случаевъ кесарскаго сѣченія, которыя имѣются въ рукахъ, является дѣломъ крайне труднымъ, вслѣдствіе той малочисленности статистическаго матеріала, который у насъ на лицо. Мы, конечно, можемъ только брать для оцѣнки данныя, касательно этой операціи, произведенной въ асептическое время при относительномъ съуженіи таза и по консервативному способу, безусловно показанному при относительномъ съуженіи и безгнилостномъ состояніи роженицы. По этому достичь болѣе или менѣе опредѣленнаго отвѣта въ вопросѣ о будущности кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи можно, по моему мнѣнію, разрѣшивши два вопроса:

1) По скольку современный принципъ сшиванія раны матки отвѣчаетъ идеальнымъ требованіямъ полнаго возстановленія цѣлости ткани ея, какъ въ смыслѣ изоляціи полости ея отъ cavum peritonei и при этомъ остановки кровотеченія такъ и въ смыслѣ стойкости рубца въ послѣдующей беременности.

2) Выяснить тѣ случаи, гдѣ кесарское сѣченіе при относительно узкомъ тазѣ можетъ быть показано и примѣняемо

съ наибольшими шансами на успѣхъ respect., гдѣ оно имѣетъ raison d'être, такъ какъ требованія, которыя могутъ быть предъявлены кесарскому сѣченію при относительно узкомъ тазѣ, понятно, несравненно строже, чѣмъ по отношенію къ этой операціи при абсолютномъ препятствіи для родовъ: въ первомъ случаѣ это operatio electionis, во второмъ—necessitatis.

Становясь лицомъ къ лицу съ вопросомъ, что дѣлать при томъ или иномъ препятствіи для окончанія родовъ, если изъ теченія послѣднихъ видно, что неуменьшенная въ своемъ объемѣ головка плода не пройдетъ черезъ съуженное мѣсто, всякій акушеръ испытывалъ и испытываетъ гнетущее чувство безсилія при мысли, что онъ долженъ браться за операцію, имѣющую цѣлію убить живой плодъ и такимъ образомъ завѣдомо принести жизнь ребенка въ жертву интересамъ матери. Послѣдній доводъ только и остается въ утѣшеніе врачу, совершившему прободеніе живого плода. Никто не можетъ отвергать того начала, что мать, caeteris paribus, имѣетъ больше правъ на жизнь, нежели néродившійся еще на свѣтъ, ребенокъ. Во 1-хъ потому, что она представляетъ вполнѣ законченнаго члена общества, приносящаго тѣмъ или другимъ образомъ ему пользу, а во 2-хъ и потому, что можетъ быть уже матерью нѣсколькихъ дѣтей, для которыхъ существованіе ихъ матери является часто вопросомъ жизни, или, если она первородящая, то можетъ въ скоромъ времени опять сдѣлаться матерью. Что касается до шансовъ на жизнь плода, то они своею шаткостью тоже говорятъ противъ одинаковаго значенія жизни матери и плода. Стоитъ лишь вспомнить громадную смертность дѣтей въ первые годы жизни, и наше мнѣніе не потребуетъ дальнѣйшихъ поясненій. Конечно, высокая смертность дѣтей зависитъ очень много отъ неразумнаго ухода за ними, съ исправленіемъ котораго несомнѣнно понизится и самая смертность, но конечный, идеальный % послѣдней, при самыхъ оптимистическихъ взглядахъ на вещи, не можетъ дойти до

цифръ средней смертности взрослыхъ; причины тому находятся уже въ рамкахъ физіологіи дѣтскаго возраста.

Не смотря на все вышесказанное, вопросъ о томъ, чтобы жертвовать жизнью плода для сохраненія жизни матери, является всегда вопросомъ тяжелымъ и неимѣющимъ удовлетворительнаго отвѣта; приходится разрѣшать его выборомъ изъ двухъ золъ меньшаго. Подобное безсиліе искусства давно уже сознавалось, причемъ разрѣшалось двояко: или, въ виду преимуществъ жизни матери передъ таковоюже плода, послѣдняя не принималась почти совсѣмъ въ разсчетъ, какъ это мы видимъ у англійскихъ акушеровъ, или желаніе сохранить жизнь плода заставляло насильственнымъ влеченіемъ головки щипцами наносить сильное поврежденіе мягкимъ частямъ матери и извлекать, хотя иногда и живыхъ, но маложизнеспособныхъ дѣтей, вслѣдствіе сдавленія черепа во время тракцій. Это увлеченіе замѣчается во французской школѣ. Нѣмецкая школа въ этомъ случаѣ заняла золотую середину; но въ послѣднее время, благодаря блестящему успѣху кесарскаго сѣченія въ рукахъ лучшихъ нѣмецкихъ операторовъ-гинекологовъ, она склоняется до степени увлеченія въ сохраненіи жизни плода чревосѣченіемъ. Впрочемъ, уже и теперь на ряду съ горячей защитой этой операціи въ той-же нѣмецкой печати слышатся и болѣе умѣренные отзывы, обращающіе вниманіе акушеровъ на другія операціи для сохраненія жизни плода безъ той опасности для матери, которую, все-таки, представляетъ кесарское сѣченіе и до сихъ поръ. Не можетъ не встрѣтить сочувствія совѣтъ примѣнять поворотъ на ножки и извлеченіе при умѣренной степени съуженія таза, преимущественно плоскаго [1]). Своевременно примѣненные преждевременные роды тоже не могутъ быть оставлены безъ вниманія. Принявъ въ соображеніе, съ одной стороны, то громадное раз-

[1]) Winter, Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, т. XIII.

нообразіе условій, при которыхъ могутъ совершаться роды, и тѣ рѣзкія индивидуальныя особенности, которыя представляютъ каждые роды въ отдѣльности, а, съ другой, разнообразіе выходовъ изъ всякаго даннаго положенія, легко понять, какъ трудно предложить въ этомъ вопросѣ какой-бы то ни было шаблонъ; и единственный исходъ для интересующагося этимъ вопросомъ является въ группировкѣ фактовъ, при тщательномъ изученіи каждаго изъ нихъ въ отдѣльности, что я и ставлю себѣ задачей.

Жгучесть даннаго вопроса характеризуется и тѣмъ замѣтнымъ положеніемъ, которое онъ занимаетъ въ литературѣ: цѣлый рядъ акушеровъ выступалъ и выступаетъ авторами работъ, въ заголовкахъ которыхъ стоятъ тѣ-же или почти тѣ-же слова, что и надъ моей работой. Важность и давность вопроса, все-таки, не сдѣлали его еще однимъ изъ тѣхъ, на которые было-бы вполнѣ научное и окончательное „да“ или „нѣтъ“.

Не стану касаться историческихъ указаній на кесарское сѣченіе, которое на мертвой примѣнялось уже въ глубокой древности, въ виду естественнаго стремленія извлечь живой плодъ изъ трупа матери, который иначе долженъ оказаться для него гробомъ—стремленіе, которое, подъ вліяніемъ религіознаго фанатизма среднихъ вѣковъ, вело къ злоупотребленію кесарскимъ сѣченіемъ на „мертвой“, какъ это видно изъ слишкомъ большаго числа дѣтей, добытыхъ этимъ путемъ; упомяну только, что впервые оно произведено на живой въ 1610 г., въ Würtenberg'ѣ, д-ромъ Trautmann'омъ [1]).

Благодаря трудамъ выдающихся лицъ, какъ Levret, Stein старшій, эта операція на живой стала пріобрѣтать право гражданства, хотя многіе весьма недружелюбно относились къ ней въ виду громаднаго % смертности, связаннаго съ ней, и того тяжелаго состоянія, въ которомъ находился опе-

[1]) Schröder, Lehrbuch der Geburtshülfe, 6-е изд., 1886, стр. 362.

рирующій, натыкаясь при разрѣзѣ матки на колоссальное кровотеченіе и не имѣя въ то время подъ рукой никакого надежнаго способа для его остановки. Такъ, напр., предложеніе Wigand'a [1]) — зашивать брюшную рану, не извлекая послѣда, — можно объяснить себѣ развѣ только желаніемъ поскорѣе покончить съ операціей и не видѣть страшно кровоточащей раны матки. Операторъ, поставленный въ необходимость взяться за ножъ для открытія искусственнаго пути младенцу, дѣлалъ это, конечно, какъ ultimum refugium съ весьма вѣроятнымъ смертельнымъ исходомъ для матери, который, къ сожалѣнію, въ большинствѣ случаевъ дѣйствительно и не заставлялъ себя долго ждать. Очень вѣроятно, что главная причина смертности и заключалась въ томъ, что операція производилась, какъ ultimum refugium, на истощенной роженицѣ, которая умирала или отъ кровотеченія изъ атонической вслѣдствіе истощенія матки, или отъ гиполокровія, причиненнаго уже ранѣе, при многочисленныхъ манипуляціяхъ въ родовомъ каналѣ.

Нельзя не согласиться со словами Harris'a, которыя приводитъ проф. И. П. Лазаревичъ [2]), что успѣхъ нѣкоторыхъ случаевъ кесарскаго сѣченія до шва и противугипилостнаго времени зависѣлъ отъ того, что матка сохраняла свою сократительную способность и не разслаблялась послѣ выхода послѣда до такой степени, чтобы допустить поступленіе лохій въ полость таза (брюшины). Я, съ своей стороны, не могу не замѣтить, что болѣе всего мы должны быть благодарны сократительной дѣятельности матки, какъ кровоостанавливающему средству; что касается до поступленія лохій въ полость брюшины, то опасенія эти, мнѣ кажется, для нормальныхъ отдѣленій нѣсколько преувеличены, хотя они

---

[1]) А. Э. Шмидтъ, Критическія и экспериментальныя изслѣдованія о маточномъ швѣ, 1881, дисс., Спб., стр. 3.

[2]) Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней, 1887, № 12, стр. 67; приложеніе къ протоколу № 15.

отчасти и справедливы въ виду той легкости, съ которой наступаетъ разложеніе отдѣленій въ полости матки. Относительно нормальныхъ отдѣленій мы можемъ сказать приблизительно тоже, что и относительно сывороточнаго содержимаго кисты, попадающаго въ полость брюшины, т. е., что оно всасывается безъ реакціи. Это доказывается, между прочимъ, клиническими наблюденіями и микро и бактеріоскопическими изслѣдованіями Отта [1]) и Döderlein'a [2]), изъ которыхъ видно, что въ отдѣленіяхъ нормальныхъ родильницъ не имѣется никакихъ низшихъ организмовъ и лихорадочное повышеніе температуры съ замѣчательной правильностью соотвѣтствуетъ появленію послѣднихъ въ отдѣленіяхъ; появленіе микроорганизмовъ обыкновенно за день предшествуетъ повышенію температуры, а также исчезновеніе — пониженію послѣдней до нормы (Döderlein, l. c., стр. 434).

Въ упомянутой уже статьѣ проф. И. П. Лазаревича приведены, собранные Harris'омъ 10 случаевъ разрыва живота и беременной матки рогами животныхъ, причемъ остались въ живыхъ 7 женщинъ (70%) и 5 дѣтей (50%). Результаты эти лучше результатовъ, полученныхъ при кесарскомъ сѣченіи въ С. Штатахъ за послѣдніе 7 лѣтъ, т. е., за время уже послѣ введенія противугнилостныхъ мѣръ. За это время американскими хирургами произведено 27 кесарскихъ сѣченій, причемъ спасено всего 5 матерей (18,5%) и 10 дѣтей (37%); другими словами, результаты кесарскаго сѣченія у американскихъ хирурговъ оказались почти въ 4 раза худшими для матерей, нежели травматическія поврежденія рогами животныхъ. Это сопоставленіе проливаетъ нѣкоторый свѣтъ на причины неприглядности той картины, которую представляло кесарское сѣченіе почти до послѣд-

---

[1]) Врачъ, 1886, стр. 485.

[2]) Archiv für Gynäkologie, т. XXXI, стр. 412.

няго времени и которая вызывала по временамъ самое яростное гоненіе на эту операцію (école anticésarienne). Все зло заключалось, повидимому, въ томъ, что, страшась приступить къ столь смѣлой операціи, акушеры медлили браться за ножъ, желая обойти его другими способами, и брались лишь тогда, когда ихъ ждала уже неудача, которая еще болѣе вооружала ихъ противъ этой операціи. Подтвержденіе безусловному значенію для исхода операціи того состоянія, въ которомъ находится роженица, мы можемъ найти и при изученіи случаевъ кесарскаго сѣченія нашего времени, когда стали пользоваться благодѣтельнымъ sero-seros'нымъ швомъ Saenger'a и всѣми благами противугнилостныхъ мѣръ; при этомъ въ рукахъ такого оператора, какъ Leopold, который произвелъ 12 кесарскихъ сѣченій по способу Saenger'a съ благополучнымъ исходомъ, умерла единственная роженица, которая до операціи представляла явленія гнилостнаго зараженія [1]). Почти тоже можно сказать и о Breisk'омъ [2]).

И такъ, въ виду всего вышесказаннаго, кесарское сѣченіе представлялось операціей крайне опасной и рискованной, но, не смотря на это, сознаніе врачей не могло помириться съ мыслью завѣдомо убивать плодъ, чтобы извлечь его въ уменьшенномъ объемѣ, когда его можно спасти, выводя черезъ рану матки и брюшныхъ покрововъ. Это высокое стремленіе проявлялось какъ въ цѣломъ рядѣ предложенныхъ видоизмѣненій въ разрѣзѣ брюшныхъ покрововъ и матки, въ способахъ обхожденія съ раной, кровотеченіемъ и т. п., такъ и въ теоретическихъ соображеніяхъ въ защиту правъ на жизнь утробнаго младенца, въ сопоставленіи и оцѣнкѣ операцій, разрѣшающихъ роды при относительно

---

[1]) Centralblatt für Gynäkologie, 1885, стр. 124.

[2]) Fleischmann, Zeitschrift für Heilkunde, т. VII, 1886.

узкомъ тазѣ: кесарскаго сѣченія, перфораціи и преждевременныхъ родовъ.

Еще въ началѣ прошлаго вѣка стали раздаваться голоса за кесарское сѣченіе и за права на жизнь утробнаго младенца. Slevoctius въ 1710 г. говорилъ: „qua num maturus foetus servandae matris causa occidendus?“. Тотъ-же вопросъ поднимался въ 1744 г. Winslow'омъ: „Questio medico-chirurgica an ad servandam prae foetu matrem obstetricium hamatile minus anceps et aeque insans, quam adservandum cum matre foetum sectio caesarea“. Среди лицъ, работавшихъ надъ нашимъ вопросомъ, мы встрѣчаемъ имена: Gastingius'a, Hull'я, Simmons'a, Davidsohn'a, Weiss'a, Boer'a, Marchand'a, Tillmans'a, Albert'a, Kayser'a, Meyer'a, Luks'a, Zehner'a, Erhardt'a, Jacolucci, Jannuli, Берга, В. М. Флоринскаго, Hannon'a, Gerard'a, Weyl'я, Theodoresco, Guéniot, Dambre'a, Greenhalgh'a, Guerdan'a, Гугенбергера, Kosminsk'аго, Kinkead'a, А. И. Лебедева, Sänger'a, Crédé, Хазина, Wiedow'a, Wyder'a.

Не смотря на это стремленіе избѣжать перерорацію, нежеланіе идти на компромиссъ жертвовать жизнью плода въ интересахъ матери, все-таки неприглядная статистика кесарскаго сѣченія заставляла самыхъ щепетильныхъ акушеровъ перфорировать живыхъ дѣтей.

Единственнымъ путемъ для разрѣшенія подобнаго вопроса является улучшеніе прогноза для кесарскаго сѣченія, что зависитъ отъ точнаго выясненія показаній для него и выработки тѣхъ условій, при которыхъ операція можетъ разсчитывать на наибольшій успѣхъ и такимъ образомъ имѣть шансы пріобрѣсти незыблемое право гражданства при относительномъ съуженіи таза. Находящаяся въ настоящее время у насъ въ рукахъ статистика [1]) кесарскаго сѣченія по консервативному методу, при относительно узкомъ тазѣ, за время антисептики даетъ 9,5% смертности, т. е. % на-

---

[1]) Замшинъ, «Врачъ» 1888, № 8, стр. 147.

ходящійся въ колебаніяхъ тѣхъ цифръ, которыя обыкновенно принимаются какъ обычная норма смертности для лапоротомій (5—10%). Успѣхи внутри-брюшной хирургіи заставляютъ постепенно падать эти цифры. Съ полнымъ правомъ будущее кесарскаго сѣченія можетъ разсчитывать на безусловную не только параллель съ судьбой чревосѣченій, но даже можно сказать съ нѣкоторой увѣренностью, что будущій % кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи будетъ меньше таковаго отъ чревосѣченій вообще, потому что туда, во-первыхъ, не будутъ входить, при строго поставленныхъ показаніяхъ, случаи сомнительные, отъ оперированія которыхъ на небеременной, напримѣръ при опухоляхъ, отказаться нельзя, а во-вторыхъ,—хлороформъ, роковымъ образомъ уносящій въ могилу извѣстный % оперируемыхъ хирургическихъ больныхъ, представляется изумительно безопаснымъ для роженицы, что признается всѣми акушерами, такъ какъ, кажется, не извѣстно до сихъ поръ ни одного достовѣрнаго случая смерти отъ хлороформа роженицы, хотя наркозъ послѣднихъ производится крайне часто; помимо наркотизаціи для облегченія и урегулированія болей, гдѣ она бываетъ обыкновенно не глубокой, она примѣняется почти при всѣхъ акушерскихъ операціяхъ, часто на крайне истощенныхъ роженицахъ, иногда на страдающихъ порокомъ сердца, и доводится обыкновенно до значительной глубины, равносильной таковой при любой хирургической операціи. Эти два условія позволяютъ намъ поэтому думать, что идеальный % смертности отъ кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи, будетъ во всякомъ случаѣ ниже возможнаго % для чревосѣченія вообще. Что благопріятныя цифры, которыя дало кесарское сѣченіе за послѣднее время не представляются случайностью, это мы должны доказать, указавши хотя вкратцѣ историческое развитіе современнаго метода консервативнаго кесарскаго сѣченія съ модификаціей Sänger'a, его научное основаніе и

связь не случайную, а причинную между нимъ и тѣми результатами, которые онъ уже далъ. Сдѣлавши это, мы постараемся начертать тотъ путь, слѣдуя по которому мы, можетъ быть, въ результатѣ будемъ смотрѣть на кесарское сѣченіе, сдѣланное при извѣстныхъ опредѣленныхъ условіяхъ и показаніяхъ и по извѣстному методу, какъ на операцію почти безопасную.

Основа современнаго метода операціи кесарскаго сѣченія—метода Säger'a лежитъ въ примѣненіи шва на матку. Такое въ наше время естественное стремленіе сблизить края раны и достичь такимъ образомъ primae intentionis, требовало многихъ усилій, многихъ примѣровъ, чтобъ сдѣлаться достояніемъ большинства, если не всѣхъ акушеровъ. Боязнь накладывать на матку швы основывалась съ одной стороны на теоретическомъ соображеніи, что они не будутъ отвѣчать своей задачѣ, будутъ разслабляться въ виду того, что матка послѣ родовъ представляетъ изъ себя органъ обладающій сократительной способностью, въ рѣзкихъ границахъ измѣняющій свою форму и объемъ, соображеніе, которое съ другой стороны подтверждалось и фактическими данными: вскрытіе оперированныхъ указывало на прорѣзываніе швовъ и расхожденіе краевъ раны матки. Хотя фактическая сторона и была неоспорима, но съ объясненіемъ ея нельзя безусловно согласиться, а надо допустить, что здѣсь причина расхожденія краевъ раны и прорѣзыванія швовъ лежитъ въ инфекціи, вызывающей нагноеніе вокругъ швовъ и прорѣзываніе ими подлежащей размягченной ткани. Въ случаяхъ-же очень ранней смерти оперируемой, расхожденіе краевъ раны приходится объяснить сравнительно медленной реакціей въ смыслѣ слипчиваго воспаленія со стороны мышечной ткани матки, не плотнымъ примыканіемъ одного края къ другому, вслѣдствіе слишкомъ малаго количества лигатуръ (какъ это мы и замѣчаемъ у прежнихъ операторовъ) и образованія между краями сгустковъ, а въ

виду этой нестойкой связи между краями разрѣза внутри маточное давленіе, достигши извѣстной высоты, могло преодолѣть сопротивленіе въ швахъ и дать содержимому свободный доступъ въ брюшину. При этомъ шелковые и серебряные швы прорѣзывали ткань. Кэнгутовые-же, разбухая и разсасываясь, развязывались подъ вліяніемъ давленія со стороны полости матки или даже только сократительной дѣятельности ея, въ виду наклонности перерѣзанныхъ кольцеобразныхъ мышечныхъ пучковъ своимъ сокращеніемъ вызывать зіяніе матки. Указаніе на это мы видимъ у Шмидта [1]), который собралъ извѣстныхъ въ литературѣ 86 случаевъ кесарскаго сѣченія съ наложеніемъ маточнаго шва, въ его 51-мъ случаѣ (Spiegelberg'a) статистики кесарскаго сѣченія съ наложеніемъ шва, гдѣ въ протоколѣ вскрытія, между прочимъ, значится. „матка хорошо сокращена, но губы раны расходятся и покрыты свертками. Нити изъ кэтгута лежали еще въ ткани матки, но узлы ихъ совсѣмъ распустились, либо образовали большія петли и т. д.“. Тоже относится и къ его 41-му (Martin'a), 43-му (Штольца), 49-му (Martin'a): „всѣ швы (изъ кэтгута) разошлись, узлы растворились, нити разбухли, но цѣлы. Часть швовъ лежала въ своихъ каналахъ“. (Смерть чрезъ 18 часовъ послѣ операціи)“ и 65-му случаю (Litzmann'a).

Шмидтъ выводитъ изъ собранныхъ имъ въ литературѣ 86 операцій кесарскаго сѣченія съ примѣненіемъ шва 33,7% выздоровленій, или 66,3% смертности, что далеко не говоритъ въ пользу послѣдняго при сравненіи съ слѣдующей таблицей % смертности послѣ обыкновеннаго классическаго кесарскаго сѣченія, т. е. безъ шва:

Pihan Duffeillay . .	87 случ.;	смертел.	исх.	26,0%
Michaelis	258 „	„	„	54%
Churchill	80 „	„	„	71%

[1]) l. c., стр. 69.

Churchill.	381	случ.;	смертел. исх.	41,9%
Figuera	790	„	„ „	53,6%
West	409	„	„ „	61%
Kayser	338	„	„ „	62%
Constantin	135	„	„ „	40,8%
Murphy	447	„	„ „	63,3%
Gueniot	156	„	„ „	66,6%
Бредовъ.	88	„	„ „	51%
Harris.	80	„	„ „	52,5%
De-Waard	100	„	„ „	70%
			Средній % смерт. исх.	54,9%

Такой, повидимому, неожиданный, неблагопріятный результатъ для шва можетъ найти себѣ объясненіе въ томъ обстоятельствѣ, что при отсутствіи противугнилостныхъ мѣръ, что имѣло мѣсто въ громадномъ большинствѣ случаевъ, цитируемыхъ Шмидтомъ, не было дано условій для перваго натяженія, а разъ наступало нагноеніе, швы оказывались лишними. Поэтому, съ одной стороны, условія заживленія съ наложеніемъ шва, приравнивались таковымъ безъ шва, съ другой-же стороны, продолжительность манипуляцій безъ антисептическихъ предосторожностей при накладываніи швовъ на матку, внесеніе необъбезараженнаго субстрата въ видѣ швейнаго матеріала въ ткань послѣдней, не могло не споспѣшествовать инфекціи. Не явись одновременно съ введеніемъ въ хирургію антисептики методъ Porro, кесарское сѣченіе съ прежнимъ швомъ дало-бы несравненно лучшіе результаты, относительно заживленія раны матки, не говоря уже о % выздоровленій, что наглядно доказало-бы что дѣло не въ сократительности матки, съ чѣмъ напрасно боролись операторы, примѣняя, напр., эластическія лигатуры (Silvestri и друг.).

Первый наложилъ на матку шовъ Lebas, въ 1769 году,

хирургъ въ Mouilleron [1]). Онъ былъ призванъ къ роженицѣ, находившейся въ родахъ уже въ теченіи 4-хъ сутокъ. Считая кесарское сѣченіе неизбѣжнымъ, онъ сдѣлалъ въ поперечномъ направленіи разрѣзъ, начинавшійся немного ниже пупка до реберъ. Такъ какъ этотъ разрѣзъ былъ сдѣланъ слишкомъ высоко, то Lebas его продолжилъ въ болѣе косомъ направленіи, начиная на 1 дюймъ ниже пупка до наиболѣе выдающагося края подвздошной кости, вслѣдствіе этого получилось полное выпаденіе кишекъ. Матка была перерѣзана почти поперегъ и зашита 3-мя швами, которые съ наступленіемъ нагноенія при раскрытой брюшной ранѣ были удалены. Черезъ 42 дня послѣ операціи больная совершенно оправилась. Не смотря на такія, крайне неблагопріятныя условія, больная выздоровѣла, тѣмъ не менѣе этотъ случай не вызвалъ симпатій къ маточному шву, такъ, напр., Levret [2]) говоритъ: „je n'ai garde de parler de faire une Suture à le Matrice, parce que tous les Chirurgiens sçavent qu'outre qu'elle seroit très préjudiciable, elle devient absolument inutile, à cause de la prodigieuse contraction qui arrive à cet organe très peu de tems après l'extraction de l'enfant". Въ томъ-же духѣ высказывались и позднѣйшіе авторы: Cazeau (Traité théorique et practique de l'art des accouchements etc.) говоритъ, что маточная рана не нуждается ни въ какомъ леченіи, только должна быть содержимой въ чистотѣ. Въ «Dictionnaire de Medicine», изданной Adélon, Bechard и др. въ 1834 г., есть положеніе: рана матки не требуетъ дальнѣйшаго леченія, хотя не опытный хирургъ вродѣ Lebas и накладывалъ швы, которые пришлось опять снять. При такомъ общемъ взглядѣ ничего нѣтъ удивительнаго, что Lebas нашелъ себѣ послѣдователя только почти черезъ 70 лѣтъ, въ лицѣ Wiefel'я, который въ

---

[1]) Sänger. Der Kaiserschnitt bei Uterus fibromen nebst vergleichender Methodik der Sectio Caesarea und der Porro-Operation. Leipzig, 1882, стр. 79.

[2]) Observations sur les causes et les accidens de plusieurs accouchemens laborieux etc. 4-ème edition. Paris. 1770, стр. 443.

1836 г. [1]) наложилъ одинъ шовъ на нижній зіявшій уголъ раны и завязалъ его бантикомъ, отрѣзавши одинъ конецъ, а другой вывелъ наружу черезъ нижній уголъ брюшной раны съ цѣлью впослѣдствіи потягиваніемъ за этотъ конецъ развязать и удалить лигатуру. Попытки въ этомъ направленіи, производившіяся съ 8-го дня послѣ операціи, были неудачны, такъ что на 14-й день Wiefel рѣшился по зонду, проведенному до узла, пройти пуговчатымъ бистуреемъ и, разрѣзавши узлы, извлекъ лигатуры. Больная выздоровѣла.

Случай Wiefel'я демонстративенъ въ томъ смыслѣ, что указываетъ, какъ боялись прежніе операторы оставлять въ ткани какое-либо постороннее тѣло, какъ напр. лигатуры, что объяснялось, конечно, тѣмъ, что обыкновенно онѣ бывали не асептичными, а потому неминуемо вызывали нагноеніе.

Въ 1856 г. Hasse собралъ 6 случаевъ маточнаго шва съ 4 хорошими исходами, т. е. 33,33% смертности, при чемъ авторъ насчитываетъ изъ 478 случаевъ кесарскаго сѣченія, бывшихъ съ 1750 г. до его времени, 288 летальныхъ случаевъ, т. е. 60,28%. При чемъ онъ, на основаніи своихъ цифръ (крайне незначительныхъ для какихъ-бы то ни было выводовъ), говоритъ: «Unde uteri vulnus consuendum elucet» [2]) Sänger присоединяя къ 13-ти случаямъ Harris'a, за время 1867—1878 г., еще 4 случая, составилъ (l. c., стр. 86) таблицу 17-ти случаевъ, давшихъ 47% выздоровленій, что превышаетъ цифру выздоровѣвшихъ вообще отъ кесарскаго сѣченія, выведенную Harris'омъ-же изъ 128 случаевъ, а именно 41 $^2/_3$%, при чемъ не смотря на то, что послѣдній придаетъ

---

[1]) По даннымъ, собраннымъ Шмидтомъ (l. c., стр. 51) еще до Wiefel'я былъ послѣдователь Lebas въ лицѣ Conty въ 1828 г., который наложилъ 2—3 шва на маточную рану, брюшная рана тоже закрыта швами, причемъ: «до 10-го дня оперированная чувствовала себя хорошо. Послѣ того, какъ она поѣла мяса и выпила яблочнаго вина, появился перитонитъ, отъ котораго больная и умерла чрезъ 48 часовъ».

[2]) Sänger, l. c., стр. 84.

громадное значеніе маточному шву, называя его: «the vital question of the day», тѣмъ не менѣе рекомендуетъ его примѣненіе не во всѣхъ случаяхъ кесарскаго сѣченія, а только:

1) Послѣ продолжительной родовой дѣятельности матки и при атоніи ея съ зіяніемъ раны (для избѣжанія кровотеченія, ущемленія кишекъ, выхода крови и лохій).

2) Въ виду опасности вторичной, послѣдующей угрожающей атоніи матки и зіянія прежде закрытой раны.

3) При кровотеченіи изъ разрѣзанныхъ синусовъ, гдѣ прямая перевязка затруднена.

Нельзя никоимъ образомъ согласиться съ Harris'омъ въ ограниченіи показаній для наложенія шва, такъ какъ наша цѣль возстановить цѣлость матки ad integrum, да и 2-й пунктъ противорѣчитъ ограниченію, такъ какъ за отсутствіе вторичнаго разслабленія матки никто sub operatione поручиться не можетъ.

Не останавливаясь надъ авторами, описывающими свои случаи съ наложеніемъ шва на матку, или собиравшими таковые, не входя въ оцѣнку швейнаго матеріала на основаніи статистическихъ данныхъ % выздоровленій, считая такую оцѣнку преждевременной и не доказательной, вслѣдствіе сравнительно бѣднаго казуистическаго матеріала съ одной стороны, а съ другой стороны слишкомъ большаго разнообразія условій, отъ которыхъ зависитъ тотъ или другой исходъ операціи, условій, часто очень далеко стоящихъ отъ матеріала, взятаго для шва—я не могу обойти молчаніемъ введенія эластическаго шва, которому современники готовы были приписывать образованіе новой эры въ интересующемъ насъ вопросѣ.

Въ 1873 г. Grandesso-Silvestri [1]) первый наложилъ на матку эластическій шовъ (каучуковая нитка), въ которомъ

---

[1]) Sänger, l. c., стр. 94.

онъ видѣлъ надежное избавленіе отъ постояннаго врага успѣха шва — сократительной дѣятельности матки. Выздоровленіе оперированной какъ будто подтвердило это предположеніе и Grandesso-Silvestri нашелъ себѣ послѣдователя въ Veyer'ѣ, неудача котораго заставила позабыть и это предложеніе.

Случаи вскрытій послѣ кесарскаго сѣченія не могли не обратить вниманія наблюдателей на то явленіе, которое замѣчалось со стороны брюшины, а именно, она въ области разрѣза склеивалась съ перитолеальнымъ листкомъ, образуя болѣе или менѣе стойкое сращеніе.

Вскрытія [1]) оперированныхъ, умершихъ черезъ нѣсколько лѣтъ, отъ какихъ либо причинъ, въ большинствѣ случаевъ указывали на образованіе стойкихъ сращеній между маткой и брюшной стѣнкой, причемъ патолого-анатомическое изслѣдованіе указывало на первичное обособленіе зіявшей раны матки отъ полости брюшины посредствомъ стойкихъ перитоническихъ сращеній съ брюшной стѣнкой и сосѣдними органами. Sänger (l. c., стр. 115) говоритъ: по этому поводу: „freilich erfolgte die Verwachsung, nicht als bald nach der Operation, sondern erst Tagen und Wochen etc...“ хотя мнѣ удалось найдти указаніе, гдѣ уже черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи была констатирована склейка брюшинныхъ листковъ, такъ въ вышеуказанной статистикѣ Шмидта (l. c. стр. 53) описывается случай Malgaigne'я 1844 г., гдѣ смерть произошла черезъ 22 ч. послѣ операціи и, не смотря на это, при вскрытіи было уже констатировано сращеніе между передней поверхностью матки, брюшной стѣнкою и кишками.

Произвольное заживленіе раны матки по всей линіи разрѣза принадлежало къ самымъ рѣдкимъ явленіямъ, досто-

---

[1]) E. Martin. Ueber die Heilung d. Wunde nach dem Kaiserschnitte etc. M. f. Geburtskunde. Bd. 24.

вѣрнымъ въ этомъ отношеніи является случай Fulda [1]), гдѣ женщина умерла черезъ 22 года послѣ операціи и слизистая оболочка матки не представляла даже слѣдовъ отъ разрѣза, рубецъ повсюду былъ „мышечнаго характера". Иногда встрѣчалось образованіе каллознаго рубца, который противостоялъ разрыву матки въ то время, когда она разрывалась въ задней своей стѣнкѣ (см. у Martin'a l. c.). Чаще встрѣчался тонкій, неправильной формы рубецъ соединительно-тканаго характера безъ мышечныхъ волоконъ (Kaufmann, 1851 г., diss.), бывшій часто поводомъ разрыва.

Воспользоваться этимъ свойствомъ брюшинныхъ листковъ склеиваться такъ быстро, первый сталъ настаивать Pillore [2]), причемъ предложилъ способствовать этому, наложеніемъ шва (металлическаго) соединяющаго соотвѣтственно губы брюшной и маточной раны въ области нижней трети первой и зашиванія верхней $^2/_3$ ея обвивнымъ швомъ. По автору достигается такимъ образомъ: 1) соединеніе брюшныхъ листковъ матки и брюшныхъ стѣнокъ, 2) сохраненіе брюшной и маточной раны въ одномъ положеніи, 3) сохраненіе ранъ въ открытомъ состояніи въ нижней трети брюшной раны и препятствіе поворачиванію маточной раны въ сторону, 4) прекращеніе сообщенія между брюшной и маточной полостями, 5) излитіе наружу отдѣленій, 6) предотвращеніе гдѣ-бы то ни было ущемленія.

Этотъ способъ встрѣтилъ упреки главнымъ образомъ въ виду, съ одной стороны, тѣхъ стѣсненій, въ обратномъ развитіи, въ которыя онъ ставитъ матку, съ другой стороны, возможности прорѣзыванія лигатуръ, вслѣдствіе натяженія со стороны уменьшающагося органа (Zweifel, Veit, Gusserew), не смотря на упреки, Pillore имѣлъ сторонниковъ и послѣдователей (Olshausen, Barnes, Guis. Tasta, Braxton-Hicks), предлагавшихъ съ своей стороны нѣкоторыя усовершенствованія,

---

[1]) Sänger, l. c., стр. 141.

[2]) Curr. méd. 31—XII, 1854.

о которыхъ мы не будемъ упоминать въ виду ихъ несущественности. На почвѣ предложенія Pillore'a, имѣя въ виду возможную гарантію не допущенія содержимаго матки въ полость брюшины, Lestoquoy въ 1859 г. наложилъ utero-parietal'ный шовъ на не опорожненную еще матку [1]), причемъ разрѣзъ былъ сдѣланъ до оболочекъ яйца и по мѣрѣ увеличенія раны матки, губы ея сшивались съ брюшнымъ покровомъ. Случай окончился выздоровленіемъ.

Съ тою-же цѣлью полнаго обособленія полости матки отъ брюшинной, Frank придумалъ свой методъ, гдѣ онъ послѣ опорожненія матки черезъ возможно болѣе низко проведенный продольный разрѣзъ, соединяя ligg. rotunda, производитъ такимъ образомъ сильную anteflexio и круглыя связки сшиваетъ съ перитонеальнымъ листкомъ брюшины.

Происходитъ, такимъ образомъ, треугольное обособленное пространство, вершина котораго соотвѣтствуетъ соединенію круглыхъ связокъ, а основаніе excavatio vesico uterina, которую онъ дренируетъ черезъ нижній уголъ раны и передній сводъ, равно также и полость матки, вводя дренажи: одинъ черезъ нижній уголъ брюшной и маточной раны и проводятъ его чрезъ каналъ шейки до introitus vaginae, другой, болѣе тонкій, черезъ брюшную рану и передній сводъ. Первый разъ онъ примѣнилъ свой способъ на умирающей отъ ожоги (Sänger, l. c., стр. 126).

На живой съ удачнымъ результатомъ свой способъ Frank примѣнилъ впослѣдствіи [2]).

Такой сложный методъ придумалъ Frank для возможно большаго обезпеченія себя отъ попаданія содержимаго матки въ полость брюшины, такъ какъ онъ на шовъ матки совершенно не разсчитываетъ (...wir auf eine Vereinigung durch die Naht nicht rechnen...).

---

[1]) Dusart. De la suture viscero-paric ta le (application à l'operation césarienne). 1867. Diss. Paris.

[2]) Berliner Med. Wochenschrift. 1885, стр. 349.

Всѣ вышеупомянутые методы, стремящіеся эксплуатировать наклонность серозы къ слипчивому воспаленію, имѣютъ каждый свои крупныя недостатки: методъ Pillore'a заставляетъ держать открытой брюшную рану, что уже само по себѣ противорѣчитъ современному принципу хирургіи, заживленіе достигается нагноеніемъ, не говоря о томъ, что ткань матки претерпѣваетъ сильное раздраженіе со стороны швовъ, въ виду инволюціи органа, равно также и препятствія первой, въ виду фиксаціи uterus'a въ ранѣ живота. Тоже можно сказать, только гораздо въ большей степени, и относительно метода Lestoquoy, прибавивъ къ тому, что лучшее средство (сокращеніе матки) для остановки кровотеченія задержано наложеніемъ швовъ до ея опорожненія, причемъ выполненіе условія, поставленнаго Lestoquoy, дѣлать разрѣзъ для избѣжанія попаданія содержимаго матки въ полость peritonio, не задѣвая оболочекъ яица, чрезвычайно трудно.

Относительно метода Frank'a, можемъ сказать, что онъ слишкомъ сложенъ, ставитъ матку въ слишкомъ искусственныя условія, послѣоперацiонное леченіе до крайности усложнено и трудно выполнимо.

Sänger'y (l. c., стр. 135) принадлежитъ громадная заслуга, что онъ проводя полную параллель между маткой и другими органами покрытыми peritoneo напр. кишками, сталъ настаивать чтобы и пуэрпэральная матка при кровавомъ поврежденіи своемъ была сшиваема по примѣру кишечнаго шва. Поступая такимъ образомъ, мы пользуемся при зашиваніи матки испытаннымъ уже свойствомъ серознаго покрова давать, быстро наступающее слипчивое воспаленіе, и этимъ даемъ мѣсто, при соединеніи краевъ разрѣза матки и достиженіи ихъ сращенія, кромѣ полной изоляціи полости матки отъ cavum peritonei, нормальному отношенію ея къ окружающимъ органамъ и при хорошо возстановившемся рубцѣ благополучной дальнѣйшей беременности.

Еще знаменитый Spencer Wells [1]) придавалъ громадное значеніе сшиванію серозы съ серозой (симператонеальный шовъ) при операціяхъ на маткѣ. Sänger настаивая на плоскостной спайкѣ серозы, а не линейной, въ виду непрочности послѣдней, выразилъ свою задачу такъ: нужно сшивать всю рану матки и притомъ серозу такимъ образомъ, чтобъ она также относительно скоро склеивалась, какъ въ ранахъ и другихъ органовъ съ гладкими мышцами. Подъ охраной, покрывающей и скорѣе всего склеивающейся серозы, должна и остальная поверхность раны придти къ единенію.

Предположеніе противнаго, въ виду постоянной подвижности матки, легко опровергается успѣхомъ кишечнаго шва, между тѣмъ движенія кишекъ не могутъ быть по своей интенсивности даже сравниваемы съ таковыми, производимыми маткой. Тоже самое можетъ быть отнесено и къ шву накладываемому на мочевой пузырь, опыты чего на животныхъ, Sänger'y вполнѣ удавались. Тоже можно сказать и о Vincent [2]), который накладывалъ два ряда швовъ (шелковыхъ или серебрянныхъ): поверхностный по способу Lembert'a и глубокій черезъ всю толщу стѣнки пузыря [3]).

Переходя къ частностямъ самаго метода, мы должны отмѣтить, что Sänger въ началѣ (l. c.) предложилъ для достиженія заворачиванія брюшиннаго покрова матки резецировать мышечныя стѣнки матки и отслаивать серозу, затѣмъ накладывая рядъ глубокихъ швовъ, но отнюдь не проходя чрезъ deciduam, соединять листки завороченой серозы плашмя,

---

[1]) Observations an recent improvements in the mode ot removing uterin tumours. Brit med. Journ. 1881. № 1067.

[2]) Revue de Chirurgie 1881 г. 6 и 7.

[3]) Позволю себѣ привести аналогичный фактъ, наблюдавшійся мною. Дѣлая у собаки искуственную ectopiam пузыря для обнаженія отверстій мочеточниковъ вшиваніемъ въ брюшную рану, вскрытаго по передней стѣнкѣ, пузыря, я получилъ очень быструю склейку между серозой пузыря и перитонеальнымъ листкомъ брюшной стѣнки.

посредствомъ Lembert'овскаго шва. Decidua не проникается швомъ въ виду того, чтобы каналы уколовъ и сама нитка или проволока не служили путемъ инфекціи со стороны полости матки въ полость peritonei. Встрѣчая упреки въ сложности способа, соединеннаго съ резекціей мышечной стѣнки, онъ впослѣдствіи отказался отъ необходимости таковой и ограничиваетъ ее исключительными случаями сильнаго расхожденія serosae и неровностью разрѣза [1]).

Создатель серознаго шва пуэрпэральной матки встрѣтилъ довольно сильную опозицію со стороны Schroeder'a [2]), который отвергаетъ всякое значеніе этого шва, въ виду того, что peritoneum покрытъ кубическимъ эпителіемъ и при простомъ соприкосновеніи никакого сращенія давать не можетъ, во всякомъ случаѣ бо́льшаго, по его словамъ, можно ожидать отъ свѣжей раневой поверхности, каковой представляется плоскость разрѣза матки. По этому поводу Sänger замѣчаетъ [3]), что эпителій брюшины весьма чувствителенъ къ разнымъ агентамъ: термическимъ (охлажденіе во время операціи), механическимъ (обмываніе матки во время операціи, раздраженіе инструментами), химическимъ (антисептическія вещества), а по этому брюшина легко ставится въ условія освѣженной раны; впрочемъ, еслибы не достаточно было вышеприведенныхъ раздражителей, можно было бы достигнуть цѣли соскабливаніемъ скальпелемъ серознаго покрова матки въ области разрѣза, но этого до сихъ поръ не понадобилось въ виду тѣхъ благопріятныхъ результатовъ, которые получились вслѣдъ за введеніемъ модифицированнаго шва; равно также и вскрытіемъ умершихъ даже отъ coitus подтвердилась надежность этого метода, давъ и въ этихъ

---

[1]) Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. f. Gynäk Erst. Congress abgehalten zu München 1886. von 17—19 Juni. Ueber Vereinfachung der Technik des Kaiserschnittes von D. Sänger.

[2]) Centrallblatt f. Gyn. 1886. № 4, стр. 58.

[3]) Arch. f. Gynäk. Bd. XXVI, стр. 208.

случаяхъ (Leopold [1]), Breisky [2]), Morisani [3]), Biegansky [4]), Münster [5]), Jewett [6]), Beumer [7]), Garrigues [8]), самое интимное соединеніе краевъ раны.

Кромѣ того Sänger въ доказательство, защищаемаго имъ положенія, приводитъ свои эксперименты, состоявшіе въ томъ, что онъ сшивалъ тонкимъ шелкомъ по типу Lembert'овскаго шва наружными поверхностями петли кишекъ у кроликовъ и находилъ уже черезъ 18 часовъ крѣпкую склейку, а черезъ 3 недѣли резорбировавшіяся нити и органическую связь между сшитыми петлями кишекъ.

Въ виду всѣхъ весьма демонстративныхъ результатовъ какъ клиническихъ, потолого-анатомическихъ, такъ и экспериментальныхъ, мы должны придти къ убѣжденію въ несомнѣнной цѣлесообразности и благодѣтельности Sänger'овскаго метода сшиванія раны матки въ смыслѣ полной и быстрой изоляціи ея полости отъ cavo peritonei.

Существенное значеніе Sänger'овскаго шва для остановки кровотеченія изъ разрѣза матки вытекаетъ само собой изъ предъидущаго, доказывающаго ту интимную связь, которую онъ возстановляетъ между раневыми поверхностями матки, что рѣзче всего даетъ себя чувствовать при атоническомъ ея состояніи, причемъ наступаетъ сильное кровотеченіе, но „только изъ влагалища“, т. е. являются условія атоническаго кровотеченія изъ не разрѣзанной пуэрпэральной матки, (А. И. Лебедевъ (см. ниже), Fehling [9]) и др.).

Вторая половина вопроса, намѣченнаго нами, состоитъ

---

[1]) Centr. f. Gynäk. 1885. стр. 124.
[2]) Fleischmann. Zeitschrift. f. Heilkunde. Bd. VII. 1886. стр. 336 и 342.
[3]) Arch. f. Gynäk. Bd. XXX, стр. 331.
[4]) Ibid.
[5]) Centr. f. G. 1886, стр. 86.
[6]) The New-Iork Med. Journ. 1885. Aug. 29.
[7]) Arch, f. G. XX, стр. 421.
[8]) The Amer. Journ. of Obst. 1883, стр. 349.
[9]) Sänger. Ueber Vereinfachung der technik d. Kaiserschnitt Verhandlungen etc. l. c.

въ томъ, чтобы рѣшить будущность забеременѣвшей послѣ кесарскаго сѣченія матки. Отвѣтъ на этотъ вопросъ главнымъ образомъ заключается въ изученіи рубца ея, причемъ доказано опытами на животныхъ (Захаровъ, дисс. 1871, Шмидтъ, l. c.), что мышечная ткань матки вполнѣ возстановляется въ области рубца, а потому, нужно полагать, относится къ растяженію какъ и остальная ткань этого органа. Случаи, встрѣчающіеся въ казуистикѣ заживленья раны матки per primam, тоже даютъ на мѣстѣ рубца мышечную ткань, какъ выше упомянутый случай Fulda (см. стр. 19).

Статистика частоты разрывовъ матки, собранная Krukenberg'омъ [2])—27 случаевъ разрывовъ послѣ кесарскаго сѣченія, изъ нихъ одинъ не въ мѣстѣ рубца, въ 3-хъ случаяхъ мѣсто не указано—не доказательна, такъ какъ тутъ взяты случаи кесарскаго сѣченія прежняго времени, гдѣ образовывался рубецъ неправильный тонкій, соединительно тканный или матка заживала путемъ всевозможныхъ воспалительныхъ перемычекъ и сплошныхъ сращеній между нею и брюшной стѣнкой.

Такъ что мы теперь съ высокой степенью вѣроятности можемъ сказать, что и въ будущемъ матка, подвергнувшаяся кесарскому сѣченію, обезпечена отъ возможности разрыва, при наступившей беременности.

Выяснивши по мѣрѣ силъ и возможности тѣ шансы на успѣхъ, которыя мы пріобрѣтаемъ, сохраняя матку и зашивая ее по Säuger'у, мы можемъ приступить къ разбору втораго интересующаго насъ вопроса—выясненію тѣхъ случаевъ, гдѣ мы можемъ приступить къ операціи, возможно болѣе разсчитывая на успѣхъ, имѣя въ виду относительное показаніе.

Нѣтъ сомнѣнія, что тѣмъ болѣе мы можемъ разсчитывать на успѣхъ, чѣмъ мы болѣе обезпечены въ смыслѣ асептическаго состоянія роженицы, наименьшей степени ея исто-

---

[2]) Ueber das Verhalten alter Kaiserschnittnarben bei nachfolgender Schwangerschaft. Erster Congress in München. l. c.

щенія, что мы можемъ имѣть въ самомъ началѣ родовъ, до отхода водъ, при отсутствіи бывшихъ до этого ненадежныхъ въ смыслѣ антисептики изслѣдованій. Что касается насъ самихъ и обстановки, то тутъ можно сказать тоже, что и относительно всякой ляпаротоміи.

Всѣ эти условія могутъ быть выполнены только по отношенію къ кесарскому сѣченію при безусловномъ показаніи въ тѣхъ случаяхъ, когда роженицу удается увидѣть во время, предупредить ее и является возможность приступить къ операціи въ самомъ началѣ родовой дѣятельности. При этомъ, тутъ тѣ или другія условія, въ которыхъ находится роженица, являются не въ смыслѣ показанія къ операціи, а только въ смыслѣ прогноза; чѣмъ условія дальше отъ выше нами на мѣченныхъ тѣмъ хуже прогнозъ, и на оборотъ.

Совсѣмъ другое дѣло въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ у насъ рождается вопросъ: дѣлать или не дѣлать кесарскаго сѣченія, когда можно его и не дѣлать, прибѣгнувъ къ перфораціи, т. е., когда передъ нами роженица съ относительно узкимъ тазомъ. Тогда врачъ рискуетъ съ одной стороны сдѣлать кесарское сѣченіе тамъ, гдѣ роды могли бы окончится силами природы, съ другой стороны—долгимъ выжиданіемъ потерять значительную часть шансовъ на успѣхъ.

Передъ нами рождается, такимъ образомъ, самый трудный вопросъ въ основномъ ученіи въ акушерствѣ—ученіи о терапіи узкаго таза. Трудность данной задачи обусловливается тѣми довольно шаткими данными, которыя мы можемъ добыть даже при всесторонемъ, самомъ тщательномъ изслѣдованіи роженицы по отношенію къ соотношенію между родовымъ объектомъ — головкой плода и тазовымъ кольцомъ. Если мы и можемъ добыть нѣкоторыя довольно точныя данныя относительно размѣровъ таза resp. передне-заднихъ, то этого мы ни коимъ образомъ не можемъ сказать относительно головки плода. Предлагавшіеся способы

(Лазаревичъ Ahlfeld, Сутугинъ) измѣрять ее объемъ, даютъ далеко не точные результаты.

Трудность задачи усложняется еще тѣмъ, что головка плода величина не постоянная, слѣдовательно, еслибы мы и получили какія-нибудь положительныя данныя относительно ея величины въ началѣ родовъ, то это могло бы говорить только приблизительно за тѣ измѣненія, то уменьшеніе, которыя она можетъ претерпѣть въ теченіи родовъ.

Клинической опытъ убѣдилъ насъ въ той замѣчательной приспособляемости, съ которой головка относится къ родовому каналу, той неожиданной легкости и быстротѣ, съ которой иногда рождаются доношенные плоды при значительной узкости таза и твердости черепныхъ костей. Много примѣровъ подобныхъ родовъ мы могли бы привести, какъ изъ личныхъ наблюденій, такъ и изъ данныхъ, имѣющихся въ статистическихъ матеріалахъ родовспомогательнаго заведенія и клиники.

Говоря о твердости костей черепа, который можетъ путемъ конфигураціи приспособляться къ размѣрамъ таза, уменьшаясь не только относительно въ своемъ объемѣ, а—какъ доказалъ это Перлисъ [1]), на основаніи точныхъ и многочисленныхъ измѣреній измѣненій въ размѣрахъ головки, наступающихъ вслѣдъ за родами,—и абсолютно, я этимъ хочу подчеркнуть тѣмъ болѣе легкую возможность окончанія родовъ при тонкихъ гибкихъ черепныхъ костяхъ, что встрѣчается сравнительно довольно часто даже у вполнѣ доношенныхъ плодовъ. Я неоднократно замѣчалъ черепныя кости, которыя вслѣдствіе своей тонкости преимущественно въ области теменныхъ костей со стороны сагитальнаго шва гнулись какъ пергаментъ, и давали ощущенія треска, хруста, похожаго на крепитацію при переломѣ, по этому, на основаніи

---

[1]) Наблюденія надъ конфигураціею дѣтской головки во время родовъ. Дисс. Спб. 1879.

личнаго опыта, могу присоединиться къ мнѣнію Перлиса (l. c. стр. 25), который находитъ сравнительно довольно частымъ подобное явленіе, другими авторами, напр. Kïneke [1]) отрицаемое.

Опредѣленіе границъ относительности узкости таза уже само по себѣ представляется крайне труднымъ. Если будемъ понимать подъ крайней границей относительнаго съуженія, переходящаго въ абсолютное, такое, когда и перфорированный плодъ не можетъ пройти черезъ родовой каналъ или безусловно, или путемъ только дальнѣйшаго расчлененія или безъ расчлененія, но съ нанесеніемъ тяжелаго трауматизма родовымъ путямъ матери, то тутъ мы уже натыкаемся на значительныя разногласія со стороны разныхъ авторовъ.

Такъ, Scanzoni [2]), допускаетъ перфорацію доношеннаго плода безъ вреда для матери при cönj. vera = 6,2 ctm. Tarnier [3]) за предѣльную цифру принимаетъ 5 ctm. Barnes [4])— 3,8 ctm. Гугенбергеръ [5]) — 4 — 4,5 ctm. Litzmann [6]) ставитъ границы, гдѣ онъ предполагаетъ наступленіе возможности только перфораціей кончить роды, между $5^1/_2$—$7^1/_4$ ($7^1/_2$) ctm., а при равномѣрно общесъуженномъ тазѣ расширяетъ эти границы до $8^1/_2$ ctm., при чемъ самъ приводитъ два случая, гдѣ онъ одинъ разъ при 5,7 ctm. съ громадными усиліями черезъ 24 часа послѣ перфораціи извлекъ недоношенный плодъ, въ другомъ же случаѣ при 6 ctm. при такихъ же условіяхъ, послѣ долгихъ безплодныхъ попытокъ со стороны его ассистентовъ, извлеченъ имъ плодъ, хотя и доношенный, но крайне малый. Въ обоихъ случаяхъ послѣдовала смерть роженицъ, при чемъ Litzmann высказываетъ сожалѣніе, что не

---

[1]) Die vier Factoren d. Geburt. Berlin. 1869.
[2]) Lehrbuch der Geburtshülfe. 1887, стр. 543.
[3]) Traité des accouchements. 1887, стр. 1058.
[4]) Lectures of obstetric opérations. 1871, стр. 290.
[5]) «Московскій Врачебный Вѣстникъ», 1874. №№ 13—14.
[6]) Die Geburt bei engem Becken. 1884, стр. 127 и 130.

сдѣлалъ въ этихъ случаяхъ кесарскаго сѣченія. Schroeder [1]) приводитъ минимумъ для c. v. равный 6½ ctm., Credé [2]), какъ видно изъ его выводовъ по поводу собранныхъ имъ случаевъ кесарскаго сѣченія, принимаетъ 6 ctm., А. Я. Крассовскій [3]) 5,5 ctm., при этой же цифрѣ и Spiegelberg [4]) признаетъ абсолютную невозможность родовъ. Прибавивъ къ колебаніямъ, которые представляютъ границы относительности узкаго таза, ту индивидуальность въ величинѣ головки resp. способности ее приспособляться, то разнообразіе въ ходѣ родовъ (такъ, напр., слишкомъ раннее излитіе водъ, что имѣетъ мѣсто обыкновенно при узкомъ тазѣ, оказываетъ на нихъ огромное вліяніе) и принявъ все это въ соображеніе, мы увидимъ, какъ трудно поставить показаніе къ кесарскому сѣченію при относительномъ съуженіи. При этомъ оно доступно не на основаніи даже самыхъ возможно точныхъ измѣреній, тщательнаго изслѣдованія, а также анамнеза больной касательно прежнихъ родовъ, если она многорождающая, а путемъ непосредственнаго наблюденія хода родовъ и установки, только этимъ путемъ діагноза невозможности разрѣшенія отъ бремени не перфорированнымъ плодомъ.

Иллюстраціей подобнаго отношенія къ дѣлу служатъ 2 случая кесарскаго сѣченія, произведенные проф. А. И. Лебедевымъ [5]) въ завѣдуемой имъ клиникѣ.

А. И. Лебедеву принадлежитъ заслуга совершенія 3 октября 1886 г. первой въ Россіи операціи кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи.

Перехожу теперь къ этимъ наблюдавшимся мною случаямъ.

---

[1]) l. c. стр. 539.

[2]) Arch. f. Gynäk. Bd. XXX, стр. 327.

[3]) «Оперативное акушерство». 1885, стр. 559.

[4]) «Учебникъ акушерства». 1887, стр. 504.

[5]) А. И. Лебедевъ «Клиническая Газета», 1886. №№ 36, 37 и 38. Arch. f. Gyn. XXXI, стр. 218.

Замшинъ. «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней». 1887, стр. 461.

1-й случай. 2-го октября, 1887 г., въ 11 ч. утра, въ клинику проф. А. И. Лебедева прибыла роженица М. П., 26 л., I para, брюнетка, малаго роста (140 ctm.), хорошаго питанія и тѣлосложенія, скелетъ не представляетъ ни какихъ неправильностей. Первая менструація появилась на 21 году и приняла 5-ти дневный типъ съ 3-хъ недѣльнымъ промежуткомъ. Ходить начала только на пятомъ году. Послѣднія регулы были въ декабрѣ 1885 г.; времени перваго движенія плода не помнитъ.

Родовыя боли появились, по словамъ роженицы, въ 2 часа ночи, т. е., за 7 часовъ до поступленія въ клинику. Изслѣдованіе роженицы, при поступленіи ея въ клинику, дало слѣдующіе результаты:

Размѣры живота: наибольшая окружность—96 ctm., на уровнѣ пупка—94 ctm., ниже пупка 91 ctm. Разстояніе отъ лобка до мочевиднаго отростка—44 ctm. Высота дна матки надъ лобкомъ—37 ctm., надъ пупкомъ—17 ctm.

Размѣры таза:

1) D. Sp. = 24 ctm.
2) D. Cr. = 24,75 ctm.
3) Conj. ext. = 16,5 ctm.
4) D. tr. = 27 ctm.
5) Conj. diag. = 10 ctm. (C. vera приблиз. = 8 ctm.).
6) Высота симфизы = 5 ctm.
7) Поперечникъ выхода между tubera ischii = 8 ctm.
8) Прямой діаметръ выхода таза = 10 ctm.
9) Ширина крестцовой кости на уровнѣ Sp. il post. Sup. = 7 ctm.
10) Окружность таза = 75 ctm.
11) Длина задней поверхности крестцовой кости = 14 ctm.

Задняя поверхность крестца весьма мало искривлена, но направлена сверху внизъ, такъ что верхушка крестца обращена кзади. Копчикъ представляется крючкообразно загнутымъ внутрь, но соединенъ съ крестцовой костью под-

вижно. Нисходящія вѣтви лобковыхъ костей сходятся между собою подъ не большимъ угломъ, почему лонная дуга уже нормальной. При изслѣдованіи подъ хлороформомъ, произведенномъ впослѣдствіи, въ теченіе родовъ, добыты еще слѣдующія дополнительныя данныя, относительно свойства тазовыхъ костей нашей роженицы. Вогнутость безъимянныхъ линій выражена весьма мало, такъ что они имѣютъ гораздо болѣе прямолинейное направленіе, чѣмъ нормально. Крылья крестцовой кости развиты слабо. Promontorium вдается незначительно, excavatio sacralis выражена не рѣзко. На основаніи всѣхъ добытыхъ, относительно таза данныхъ, былъ поставленъ діагнозъ общеравномѣрно-съуженнаго таза съ слабо выраженными признаками рахитическаго характера.

Дальнѣйшее изслѣдованіе роженицы доставило намъ слѣдующія данныя:

Надъ входомъ таза опредѣляется подвижно стоящая головка плода. Сердцебіеніе выслушивается ясно, вправо, ниже пупка (128 ударовъ въ 1 мин.). Родовыя боли часты и сильны. Темп.—37; пульсъ—68.

Шейка матки сглажена, зѣвъ открытъ на $1^1/_2$ пальца, края его тонки, пузырь цѣлъ, наливается. Въ виду предупрежденія рановременнаго отхожденія водъ, былъ примѣненъ кольпейринтеръ.

Въ 3 ч. 10 м. веч. пузырь при сильныхъ болѣхъ опустился почти до половой щели и былъ вскрытъ при зѣвѣ открытомъ на $4^1/_2$ пальца, послѣ чего зѣвъ спался, головка же осталась подвижной подъ входомъ таза въ переднемъ видѣ втораго затылочнаго положенія. Головка очень объемиста, кости ея плотны, швы и роднички имѣютъ нормальную ширину этихъ частей у доношеннаго плода. Боли сильны и часты.

7 ч. вечера. Предлежащая часть вколочена во входѣ; незначительный caput succedaneum. Боли части и сильны, съ потужнымъ характеромъ. Сердцебіеніе плода слышно хо-

ровно. Назначена ванна (28° R.) и клизма съ tra opii simpl. Gtt. XV.

10 ч. 30 м. вечера. Головная опухоль больше. Края зѣва отечны, Предлежащая часть въ томъ же положеніи. Боли сильны, съ прежнимъ характеромъ. Незначительно выраженный constrictionsring. Назначена: клизма съ Chloral-hydrat'омъ и повторныя клизмы съ tra opii по 10 капель.

9 3/4 ч. утра. Отекъ зѣва и головная опухоль увеличились. Предлежащая часть въ томъ же видѣ и положеніи. Caput succedaneum значительно увеличилось. Т-ра Нормальна. Сердцебіеніе плода правильно по прежнему 128 въ минуту, но слышно глуше.

Кольцо сокращенія выражено рѣзко. Боли по прежнему часты, съ рѣзкимъ спазматическимъ характеромъ.

Въ 10 ч. 5 м. утра наложены подъ хлороформомъ щипцы Брейса въ поперечномъ размѣрѣ таза. Сдѣлано 6 сильныхъ тракцій безъ малѣйшаго поступательнаго движенія головки, послѣ чего щипцы сняты.

Въ виду отсутствія какого-бы ни было поступательнаго движенія, предлежащей части, все болѣе и болѣе рѣзко выражающейся ретракціи мускулатуры матки, (кольцо сокращенія передвинувшись выше и находясь на 2 1/2—3 п. ниже пупка. обозначается все рѣзче и рѣзче), а равно также заглушенія сердцебіенія плода, стало яснымъ, что роды неуменьшеннаго въ объемѣ плода въ данномъ случаѣ совершиться не могутъ, а потому въ 1 ч. 30 м. дня т. е. черезъ 41 час. съ начала родовъ и 32 ч. съ отхода водъ приступлено къ операціи кесарскаго сѣченія.

Послѣ произведенной, по принятому въ клиникѣ способу, дезинфекціи живота (обмываніе теплымъ карболовымъ (3%) растворомъ съ мыломъ Джейса, орошеніе лимоннымъ сокомъ и затѣмъ опять обмываніе такимъ же карболовымъ растворомъ) сдѣланъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, длиною въ 18 сент., по linea alba. Положеніе разрѣза было таково, что

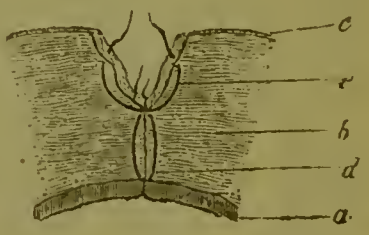
одна половина его длины приходилась надъ пупкомъ, а другая—ниже пупка, причемъ нижній уголъ разрѣза оканчивался почти на ширину 4-хъ поперечныхъ пальцевъ (6 сант.) надъ лобкомъ. Это отклоненіе отъ обычнаго при всякомъ другомъ чревосѣченіи положенія разрѣза брюшныхъ стѣнокъ обусловливалось тѣмъ, что, вслѣдствіе ретракціи мускулатуры матки и вслѣдствіе значительнаго растяженія нижняго сегмента ея, мочевой пузырь и передняя дугласова складка стояли выше обыкновеннаго. По вскрытіи полости брюшины, введенною въ нее рукою было опредѣлено положеніе угловъ матки (мѣсто отхожденія отъ нея фаллопіевыхъ трубъ), чтобы начать разрѣзъ нѣсколько выше ихъ уровня. Лишь только стѣнка матки широкимъ взмахомъ была разрѣзана (16 сант.), какъ изъ разрѣза показался участокъ плаценты, она также однимъ широкимъ взмахомъ бистури была разсѣчена, причемъ оказалось, что разрѣзъ прошелъ какъ разъ рядомъ съ мѣстомъ прикрѣпленія пуповины. Такъ какъ все это время ассистентъ плотно прижималъ края брюшной раны къ поверхности матки, то этимъ вполнѣ было предупреждено попаданіе въ полость брюшины околоплодной жидкости, истеченіе которой наступило въ этотъ моментъ. Быстро введенною вслѣдъ за этимъ рукою, были захвачены ножки плода, который безъ труда и былъ извлеченъ наружу. Онъ былъ въ глубокой асфиксіи. Послѣ перерѣзки пуповины, ребенокъ переданъ былъ на руки одного изъ врачей, который напередъ уже принялъ на себя всѣ заботы по оживленію его. По извлеченіи плода, матка тотчасъ сократилась и кровотеченіе значительно уменьшилось. Выпятившаяся въ разрѣзъ плацента, при легкомъ потягиваніи за нее вскорѣ была удалена вмѣстѣ съ оболочками. Матка вслѣдъ за тѣмъ извлечена наружу, а на мѣсто ея въ брюшную полость введена широкая плоская губка для предупрежденія выпаденія кишекъ. На нижній сегментъ матки наложена провизорная эластическая лигатура, которая окончательно остановила кровотеченіе изъ разрѣза стѣнокъ ея.

Сшиваніе краевъ маточной раны произведено было по принципу этажнаго шва, введеннаго Schroeder'омъ, и употребляемаго при надвлагалищной ампутаціи тѣла матки. Нѣкоторое видоизмѣненіе состояло только въ томъ, что для субперитонеальнаго и перитонеальнаго соединенія краевъ маточной раны былъ примѣненъ непрерывный шовъ изъ кэтгута, обработанный въ ol. juniperi. Вся эта процедура по порядку состояла въ слѣдующемъ. Безъ резекціи muscularis и безъ отпрепаровыванія серознаго покрова на краяхъ разрѣза (способъ, который теоретически былъ разработанъ Sänger'омъ, а практически 1-й разъ примѣненъ Leopold'омъ въ его первыхъ случаяхъ кесарскаго сѣченія, а въ послѣднихъ совсѣмъ уже оставленъ), наложенъ былъ глубокій рядъ шелковыхъ узловатыхъ швовъ, не проникавшихъ въ полость матки (см. рис. 1-й). Вслѣдъ за этимъ, послѣ тщательной дезинфекціи послѣдней, швы эти завязаны и коротко обрѣзаны въ глубинѣ раны. Этотъ рядъ швовъ можетъ быть названъ мышечно-субдецидуальнымъ въ отличіе отъ слѣдующаго, который, близко подходя къ серозному покрову матки, можетъ быть названъ мышечно-субсерознымъ (см. рис. 2-й). Швы и

Рис. 1.

a) Decidua. b) Muscularis. c) Peritoneum. d) Мышечно-субдецидуальный рядъ шелковыхъ швовъ.

Рис. 2.



a) b) c) и d) обозначаютъ то же, что и на рис. 1. Кромѣ того: e) мышечно-субсерозный рядъ кэтгутовыхъ швовъ.

въ этомъ ряду лежали исключительно въ мышечномъ слоѣ, нигдѣ не проникая черезъ серозный покровъ матки. При затягиваніи этого ряда швовъ, края раны такъ прилаживались другъ къ другу, что нигдѣ не получалось выворота

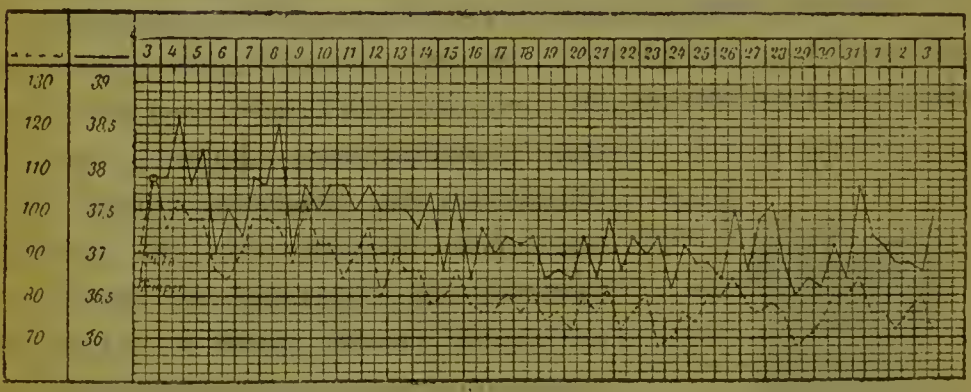
ихъ наружу. Наоборотъ, серозный покровъ ихъ слегка завертывался внутрь. Въ нижнемъ углу маточной раны, переходившей здѣсь сант. на $2^1/_2$ въ область истонченнаго нижняго сегмента матки, края ея были на столько тонки, что подсерозно-мышечный рядъ швовъ переходилъ здѣсь въ поверхностный серозный, откуда онъ и продолжался на всю остальную рану до самаго верхняго угла. Такимъ образомъ, нижній уголъ раны былъ закрытъ двухэтажнымъ швомъ, тогда какъ остальная ея часть зашита въ 3 этажа. Поверхностный или серозный непрерывный (см. рис. 3-й, f.), наложенъ былъ такимъ образомъ, что разстояніе между сосѣдними турами его было не болѣе 4—5 mm. Кровоостанавливающій эффектъ наложенныхъ такимъ образомъ швовъ былъ настолько полонъ, что, по удаленіи провизорной лигатуры, не выступило ни одной капли крови на серозную поверхность матки которая сократилась очень хорошо. Закрытіе брюшной раны и повязка сдѣланы, какъ при всякой ляпаротоміи. Подъ кожу былъ впрыснутъ тотчасъ послѣ операціи шприцъ Верниховскаго эрготипа.

Рис. 3.

Къ этому времени ребенокъ совершенно оправился уже отъ асфиксіи и хорошо кричалъ. Вѣсъ и размѣры его слѣдующіе: мальчикъ 3750 grm. вѣсомъ, длиною 50 ctm. Размѣры головки: прямой = 13 ctm., большой косой = 15, малой косой = 11, большой поперечной = 10,5, малый поперечной = 7, вертикальный = 10. Прямая окружность головки = 39 ctm. косая = 42, вертикальная = 33. Плечики: окружность = 40, поперечный діаметръ = 15. Ягодицы: окружность = 33, поперечный діаметръ = 10,5. Наибольшій передне-задній размѣръ грудной клѣтки = 9 сант. Значительной величины родовая опухоль. Соотвѣтственно положенію ложекъ щипцовъ находятся поверхностныя ссадины и экхимозы на затылочной части головки и верхней губѣ.

Послѣдъ вѣсилъ 560 grm., размѣры плаценты $^{20}/_{21}$, прикрѣпленіе пуповины центральное. Операціоннымъ разрѣзомъ плацента раздѣлена была на двѣ, почти равныя, половины, такъ что въ нашемъ случаѣ мы имѣли дѣло съ такъ называемой placenta praevia centralis caesarea.

Послѣоперацiонное выздоровленіе нашей пацiентки прошло такъ гладко, что оно весьма мало отличалось отъ нормальнаго послѣродоваго перiода (см. кривую t^0 и пульса).



Только на 2-й и 6-й день вечеромъ наблюдалось повышеніе t^0 до 38,6 (наивысшая t^0); въ остальные же дни она колебалась въ предѣлахъ отъ 37,2 до 38,3, пока наконецъ, къ 12 дню не упала до нормы. Пульсъ за все время ни разу не учащался больше 108 ударовъ въ минуту. Мало безпокоилъ оперированную даже обычный въ послѣродовомъ перiодѣ метеоризмъ; впрочемъ, въ первые дни ей дѣлали клизмы cum ol. terebinthinae. Что касается послѣродовыхъ очищеній, то въ первые дни кровянистое очищеніе (lochia cruenta) было довольно обильно и дало 2 — 3 большихъ сгустка, обусловившихъ довольно продолжительныя и болѣзненныя сокращенія матки. На 11-й день сняты были швы съ брюшной раны, а на 21-й день оперированной позволено ходить. Произведенное около этого времени изслѣдованіе показало, что матка стоитъ высоко и сращена съ передней брюшной стѣнкой. Обратное развитіе ея нѣсколько задержано. Не-

смотря на перитонеальныя сращенія, оперированная не испытываетъ въ животѣ при ходьбѣ никакихъ болей. Назначено: pulv. sec. corn. gr. jjj по 2 порошка въ день. Къ 30-му дню обратное развитіе матки подвинулось значительно впередъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ, она опустилась ниже. На 5-й недѣлѣ послѣ операціи пришли регулы, сопровождавшіеся легкими болями въ животѣ, продолжались около 6—7 дней и окончились благополучно. Въ настоящее время оперированная чувствуетъ себя вполнѣ здоровою.

Такъ какъ, по недостатку молока, мать не могла кормить ребенка, то онъ, какъ незаконнорожденный, былъ отправленъ въ воспитательный домъ. Здѣсь онъ скоро совершенно оправился отъ той ничтожной травмы, которую получилъ при наложеніи щипцовъ. Лишь только исчезъ кровоподтекъ на верхней губѣ, онъ хорошо началъ брать грудь и развивался вполнѣ правильно. Черезъ 6 недѣль онъ достигъ 4150 grm. вѣса.

При выпискѣ нашей оперированной изъ клиники (черезъ 6 недѣль послѣ операціи—$22/_{XI}$ 86 г.), изслѣдованіемъ ея было констатировано слѣдующее: брюшной рубецъ плотенъ; брюшныя стѣнки приподнимаются въ этомъ мѣстѣ въ складку надъ лежащею подъ ними маткою, такъ что между ними и этою послѣднею не существуетъ никакого сращенія; дно матки стоитъ высоко (только на 2 попер. пальца ниже пупка). При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: влагалище вытянуто вверхъ, своды его смѣщены слегка вправо. Тамъ опредѣляется небольшая влагалищная часть матки, зѣвъ овальной формы, надрывовъ на краяхъ его не видно. Правый параметрій, точнѣе надъ сводомъ влагалища, представляетъ рубцовое уплотненіе, факсирующее шейку матки на уровнѣ lineae innominatae. Тѣло матки вполнѣ подвижно по всѣмъ направленіямъ, полость ея равна $11\,^1/_2$ сант.

2-й случай. Въ 12 час. 15 м. ночи, 26 января 1887 г., въ Академическую акушерскую клинику поступила роже-

ница, мѣщанка А. И., 34 лѣтъ, I рага, блондинка, малаго роста (138 ctm.), слабаго тѣлосложенія и плохаго питанія, слизистыя оболочки блѣдны, скелетъ не представляетъ видимыхъ неправильностей. Первая менструація появилась на 16-мъ году и приняла 3-хъ дневный типъ съ 4-хъ недѣльнымъ промежуткомъ. Послѣднія регулы были 14 апрѣля 1886 г. Родовыя боли появились приблизительно за 14 часовъ до поступленія въ клинику.

Размѣры живота; окружности на уровнѣ пупка—87 ctm., выше—88 ctm., ниже—87 ctm.; разст. отъ лобка до мечев. отростка—37 ctm. Высота дна матки надлобкомъ—30 ctm., надъ пупкомъ—13 ctm.

Размѣры таза: окружность=78 ctm., D. Tr.—27 ctm. D. Cr.—24 ctm., D. Sp.—21 ctm.; Conj. ext—15,5 ctm., Conj. diag.—10 ctm., Conj. vera=8 ctm..

На основаніи этого измѣренія былъ наставленъ діагнозъ общесъуженнаго плоскаго таза.

Изслѣдованіе роженицы при ея поступленіи въ клинику дало слѣдующіе результаты: надъ входомъ таза опредѣляется подвижно стоящая головка плода, вправо и вверху мелкія части. Сердцебіеніе выслушивается ниже пупка почти одинако ясно съ той и другой стороны. Родовыя боли часты и сильны. Т-ра—37°, п. 76. Шейка сглажена, края ея тонки. Зѣвъ открытъ на $1\frac{1}{2}$ пальца. Пузырь цѣлъ, напряженъ.

При сильныхъ болях и зѣвѣ открытомъ на 4 пальца отошли воды въ 4 час. 5 м. ночи, послѣ чего зѣвъ спался до $2\frac{1}{2}$ пальцевъ и головка осталась подвижной надъ входомъ таза со стрѣловиднымъ швомъ въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ и большимъ родничкомъ у лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія. Малый родничекъ недостижимъ. Стрѣловидный шовъ приближенъ къ promontorium'у, при чемъ въ проводной оси таза находится лѣвая теменная кость - второе теменное положеніе съ Негелевскимъ наклоненіемъ. Боли, постепенно

усиливаясь, приняли спазмотическій характеръ. Назначены: теплая ванна, опій въ клизмѣ.

Въ 11 час. утра сердцебіеніе плода выслушивается съ обѣихъ сторонъ, рѣзче справа на уровнѣ и ниже пупка, неправильное, матка плотна съ рѣзкимъ перехватомъ въ области пупочной линіи. Внутреннее изслѣдованіе, произведенное подъ хлороформомъ, дало слѣдующіе результаты: зѣвъ на $4^1/_2$ п. Головка надъ входомъ, стрѣловидный шовъ по прежнему въ лѣвомъ косомъ, большой родничекъ влѣво и взади, малый впередъ и вправо, высоко надъ l. innominata. Надъ симфизой прощупывается лѣвое ухо плода. На лѣвой темянной кости большая родовая опухоль, Выливающаяся околоплодная жидкость содержитъ очень значительную примѣсь meconium'a.

Изслѣдованіе, произведенное въ 1 час. 30 м. дня, дало тѣ же результаты. Caput succedaneum выраженъ рѣзче. Meconium выдѣляется по прежнему. Сердцебіеніе плода рѣже. Перехватъ матки выраженъ сильнѣе. Схватки съ рѣзкимъ спазмотическимъ характеромъ. Замѣчается упадокъ силъ роженицы.

Въ 1 ч. 50 м. дня приступлено къ операціи кесарскаго сѣченія, спустя приблизительно 30 ч. съ начала болей и $9^3/_4$ часа послѣ отхожденія водъ, причемъ съ поступленія роженицы въ клинику прошло 13 час. 35 м. Разрѣзъ по l. alba длиною въ 21 ctm., причемъ $^1/_3$ его длины пришлась надъ пупкомъ, а остальныя $^2/_3$ ниже пупка, не доходя на 4 поперечныхъ пальца до симфизы. Показавшіяся въ верхнемъ углу раны, петли кишекъ вправлены въ брюшную полость и удержаны введенною въ нее плоскою губкою. Въ то время, какъ края брюшной раны были ассистентомъ плотно прижаты къ маткѣ, послѣдняя вскрыта однимъ разрѣзомъ бистури, проведеннымъ отъ дна матки къ шейкѣ ея, длиною около 18 сант. Довольно сильное кровотеченіе. Въ разрѣзѣ появилась спинка плода, который немедленно былъ извлеченъ

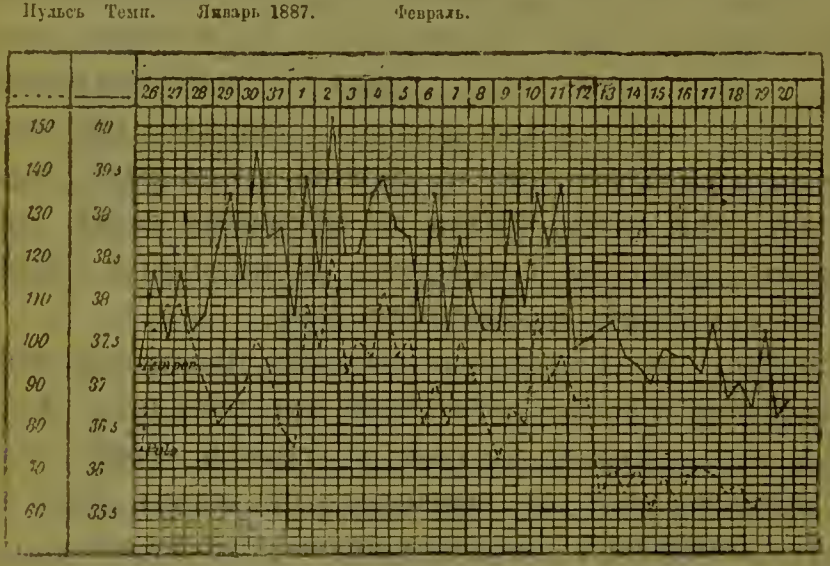
за ножки, причемъ тѣло его оказалось покрытымъ густымъ слоемъ meconii. Ребенокъ не представлялъ однако явленій асфиксіи и вскорѣ громко закричалъ, будучи переданъ послѣ перерѣзки пуповины на руки акушерки. По опорожненіи содержимаго матка спалась, но нисколько не сократилась, оставаясь вялою до самаго конца операціи, несмотря на настойчивое механическое раздраженіе и на впрыскиваніе подъ кожу эрготина Wernich'a въ количествѣ $1\frac{1}{2}$ грана. Сдѣлано ручное отдѣленіе и выдѣленіе послѣда, который прикрѣплялся къ задней стѣнкѣ матки и у дна ея. Довольно сильное кровотеченіе остановлено наложеніемъ эластическаго жгута на нижній отрѣзокъ матки, причемъ первый обхватывалъ послѣдній 2-мя круговыми ходами, закрѣпленными крѣпкимъ Hegar'овскимъ пинцетомъ. Внутренняя поверхность матки, принявшая отъ обильнаго количества meconii сѣрозеленоватый цвѣтъ, промыта 2% растворомъ карболовой кислоты, послѣ чего приступлено къ наложенію швовъ на матку, причемъ послѣдняя у дна и съ боковъ была прикрыта теплыми губками для защиты отъ охлажденія. Сшиваніе раны матки произведено наложеніемъ швовъ въ 3 этажа, при этомъ нижняя $\frac{1}{4}$ раны зашита только однимъ рядомъ въ три шелковыхъ узловатыхъ шва, захватывавшихъ мышечную стѣнку и peritoneum, такъ какъ она находилась въ области крайне тонко-стѣннаго, растянутаго сегмента матки. Первый внутренній или мышечно-субдецидуальный этажъ состоялъ изъ ряда въ 15 шелковыхъ, сулемованныхъ (№ 10) узловатыхъ швовъ, причемъ каждый изъ нихъ проводился такимъ образовъ, что игла вкалывалась на срединѣ мышечнаго слоя одной стороны разрѣза и выкалывалась какъ разъ надъ слизистой оболочкой внутренней поверхности матки; переходя на другую сторону разрѣза, игла вводилась соотвѣтственно послѣдней точкѣ, выводилась же соотвѣтственно первой. Послѣ проведенія вышеупомянутыхъ швовъ полость матки была промыта 5% карболовымъ растворомъ

и швы затянуты. Слѣдующіе 2 ряда швовъ наложены изъ кэтгута (№ 4, обработаннаго въ ol. juniperi) по методу непрерывнаго шва. Внутренній изъ нихъ, мышечно-субсерозный проведенъ такимъ образомъ, что игла вкалывалась на одной сторонѣ, также подъ слоемъ peritonei, и выводилась въ срединѣ мышечнаго слоя матки, на другой же сторонѣ мѣсто вкола соотвѣтствовало послѣднему пункту, а выкола—первому. При наложеніи этого ряда швовъ наблюдалось, чтобы мѣсто вкола и выкола приходилось въ срединѣ разстоянія между швами глубже лежащаго—нижняго этажа. Поверхъ втораго этажа наложенъ 3-й рядъ швовъ—собственно перитонеальныхъ, тоже непрерывный изъ кэтгута, идя отъ нижняго угла раны кверху (обратно предшествовавшему). Послѣ этого жгутъ былъ снятъ и наложены три вышеупомянутыхъ шелковыхъ шва на нижній уголъ раны. Кровотеченія изъ раны нѣтъ. Матка, по прежнему вялая, опущена въ полость брюшины и наложено 18 шелковыхъ (сулемованныхъ № 12) швовъ на брюшную рану.

Тотчасъ послѣ окончанія операціи, продолжавшейся 1 ч. 10', замѣчено сильное кровотеченіе изъ влагалища. Такъ какъ причина его, очевидно, лежала въ полной атоніи матки, то для остановки его въ цервикальный каналъ былъ введенъ аппаратъ Heitzmann'a, съ циркулировавшею въ немъ 40^0-ю (R) водою. Такимъ образомъ тотчасъ удалось остановить кровотеченіе. Послѣ наложенія обычной антисептической повязки, укрѣпленной слоями крахмальнаго бинта, больная перевезена въ палату. Извлеченная дѣвочка вѣситъ 2900 grm., длина ея = 44 ctm., окружность головки прямая — 32, косая—37, вертикальная — 31, размѣръ головки: прямой — 10, большой косой—13, малый косой—10, большой поперечный—9, малый поперечный — 6, вертикальный — 8; окружность плечиковъ—$34^1/_2$, размѣръ ихъ—$13^1/_2$, окружность ягодицъ—29, размѣръ ихъ—9 ctm. Значительная головная опухоль на лѣвой теменной кости и сильно выраженная конфигурація го-

ловки. Послѣдъ вѣсилъ 550 grm., размѣры его $^{17}/_{13}$. Пуповина, длиною 46 сант., прикрѣплялась близь края placentae.

Состояніе оперированной въ первые дни послѣ операціи было довольно удовлетворительно. Болѣе всего безпокоили родильницу боли въ животѣ и метеоризмъ, затруднявшій дыханіе, въ силу чего крахмальная повязка была разрѣзана; кромѣ того была незначительная рвота. Температура хотя и была повышена съ перваго дня послѣ операціи, но пульсъ держался при этомъ на не очень высокихъ цифрахъ, (какъ это видно изъ кривой температуры и пульса). Подъ конецъ



же третьихъ сутокъ и особенно 4-ыя сутки больная начала кашлять и вмѣстѣ съ этимъ жаловаться на боль въ правой сторонѣ груди. На 5-й день объективно была констатирована крупозная пнеймонія, занявшая значительную часть праваго легкаго, причемъ проф. А. И. Лебедевымъ было высказано предположеніе объ эмболіи, какъ этіологическомъ моментѣ данной пнеймоніи. Больная сильно кашляла, причемъ выдѣлялось большое количество густой, тягучей сѣрой мокроты, съ примѣсью крови. Назначена была соотвѣтственная терапія. Пнеймонія съ рѣзкими колебаніями температуры продолжалась двѣ недѣли и сильно истощила больную. На

14-й день послѣдовало паденіе температуры, что совпало и съ объективными явленіями разрѣшенія пнеймоніи. Мѣстный процессъ протекъ безъ осложненій, хотя инволюція матки шла медленно, не смотря на примѣнявшееся въ первые дни послѣродоваго періода впрыскиваніе эрготина Wernich'a. На 12-й день сняты швы — prima intentio. На 5-й недѣлѣ послѣ родовъ больная стала вставать. Черезъ 11 недѣль появились весьма скудныя крови, сопровождавшіяся незначительною болью въ поясницѣ и продолжавшіяся три дня. При выпискѣ больной, т. е. черезъ 12 недѣль послѣ операціи, матка была инвольвирована удовлетворительно, наклонена впередъ и нѣсколько фиксирована въ этомъ положеніи.

Ребенка кормила сначала мать, но вслѣдствіе заболѣванія пнеймоніей кормить перестала и ребенокъ на 9-й день былъ отправленъ въ Воспитательный Домъ, гдѣ пробылъ, согласно полученной нами справкѣ, до 1 апрѣля, т. е., почти 2 мѣсяца. Съ того же времени находился на воспитаніи въ деревнѣ.

Разсматривая данныя случаи съ точекъ зрѣнія:

1) Постановки показаній къ операціи, 2) выбора оперативнаго метода и 3) оперативной техники, мы видимъ, что:

1) показаніе къ операціи какъ въ одномъ такъ и въ другомъ случаѣ было поставлено при тазѣ съ относительнымъ съуженіемъ, поэтому оно представлялось сопряженнымъ съ тѣми трудностями, о которыхъ мы выше уже имѣли случай говорить, и къ операціи было приступлено только тогда, когда изъ хода родовъ ясно было видно, что они ни силами сократительной дѣятельности матки, ни инструментальной помощью не могутъ окончиться рожденіемъ неуменьшеннаго въ объемѣ плода. При этомъ рѣшающимъ моментомъ для начала операціи была очевидность того, что дальнѣйшая выжидательная терапія можетъ оказаться гибельной, какъ для матери, такъ въ особенности для плода. Въ обоихъ случаяхъ замѣчалась ретракція мускулатуры нижняго отрѣзка

матки въ видѣ рѣзко выраженнаго кольца сокращенія (Bandl'я) какъ извѣстно, угрожающая разрывомъ матки, съ другой стороны сердцебіеніе плода становилось неправильнымъ и менѣе яснымъ, что сопровождалось (во второмъ случаѣ) обильнымъ выдѣленіемъ meconium'a.

Въ первомъ случаѣ были наложены щипцы, которыя были примѣнены здѣсь, какъ пробный инструментъ, подтвердившій наше предположеніе о невозможности родовъ per vias naturales не перфорированнаго младенца.

Если смотрѣть на щипцы какъ на инструментъ замѣняющій собою недостаточную силу сокращеній матки, исправляющій отчасти положеніе головки плода, но никакъ не способствующій уменьшенію ея объема, то наложеніе щипцовъ въ нашемъ случаѣ было только провѣркой силы сократительной дѣятельности матки, которую она можетъ выработать въ данномъ случаѣ. Такое показаніе для наложенія щипцовъ между прочимъ рекомендуется Schroeder'омъ [1]), который совѣтуетъ въ этихъ случаяхъ послѣ нѣсколькихъ безуспѣшныхъ тракцій немедленно переходить къ перфораціи. Оказалось въ виду 6-ти сильныхъ тракцій и отсутствія какого-бы то ни было поступательнаго движенія головки, что возможный maximum сократительной силы матки не можетъ протолкнуть предлежащую часть черезъ тазовое кольцо. Во второмъ случаѣ терапія была выжидательной до того времени пока не явилась значительная опасность для плода, причемъ не понадобилось пробнаго наложенія щипцовъ въ виду весьма интензивной родовой дѣятельности матки, рѣзко выраженной конфигураціи головки и большаго риска потерять плодъ отъ промедленія, а тѣмъ болѣе отъ травмы инструментомъ. Подтвержденіемъ той предварительной работы, которую, хотя безуспѣшно совершила матка, было весьма значительное кровотеченіе черезъ влагалище,

[1]) Lehrbuch d. Geburtshülfe. 1886, стр. 591 и 601.

которое наступило вслѣдъ за снятіемъ эластическаго жгута съ шейки матки, остававшейся совершенно вялой, не смотря на всевозможныя раздраженія и впрыскиванія подъ кожу ergotin'a—кровотеченіе, которое прекратилось уже послѣ операціи подъ вліяніемъ аппарата Heitzmann'a.

И такъ какъ въ первомъ такъ и во второмъ случаѣ была самая строгая постановка показаній къ кесарскому сѣченію, ближайшимъ толчкомъ къ которому служила возможность весьма скораго наступленія смерти плода и разрыва матки.

2) Переходя теперь къ выбору метода операціи мы видимъ, что былъ предпочтенъ консервативный способъ. Нельзя не согласиться всецѣло съ тѣмъ, что если мы имѣемъ дѣло съ относительнымъ съуженіемъ таза и хотимъ сохранить плодъ, давая ему выходъ черезъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ въ виду невозможности прохожденія его черезъ тазовое кольцо, то мы не вправѣ, безъ особыхъ для этого причинъ, лишать женщину дальнѣйшей возможности зачатія избирая для этого другой методъ, не консервативный, а именно операцію Porro. Не будемъ входить въ разборъ деталей тѣхъ условій, которыя вносятся въ организмъ женщины вслѣдъ за кастраціей, сопряженной съ операціей Porro, въ виду того, что они еще не достаточно изучены, но все-таки, судя по словамъ наблюдавшихъ кастрированныхъ женщинъ и на сколько самому пришлось видѣть, можемъ сказать, что операція эта повидимому не безразлична для организма (приливы къ головѣ, притупленіе половаго чувства, измѣненія въ нервной и кровеносной системѣ).

Нельзя, напримѣръ, согласиться съ Зворыкинымъ [1]), что явленія, замѣчаемыя у кастрированныхъ женщинъ («сильно потѣютъ, жалуются на головныя боли, дѣлаются раздражительными или, наоборотъ, вялы и апатичны; нерѣдко появляется кашель и поносъ; появлялись конвульсіи, разстрой

[1]) Къ вопросу о кастраціи при фиброміомахъ матки. Дисс. 1887 г., стр. 9.

ство сердечной дѣятельности, потеря сознанія, рвота и т. п. непріятныя осложненія») относятся исключительно къ числу первыхъ, послѣ кастраціи, сопутствующихъ явленій, а затѣмъ, прежнія страданія смѣняются чувствомъ благосостоянія. Frank [1]) же, наоборотъ, уже въ очень яркихъ краскахъ рисуетъ у кастрированныхъ женщинъ resp. послѣ операціи Porro—отсутствіе половаго чувства, недовольство, нравственное и физическое разстройство (головныя боли, головокруженія, сердцебіенія).

Подобная неполнота и разнорѣчивость нашихъ свѣдѣній относительно вліянія кастраціи на организмъ женщины объясняется отчасти тѣмъ, что намъ рѣдко удается послѣ операціи долго слѣдить за одной и той же больной, съ другой же стороны обыкновенно заболѣваніе, бывшее показаніемъ къ оперативному вмѣшательству, на столько нарушаетъ функцію яичниковъ, что и до операціи организмъ находится въ состояніи, гдѣ болѣе или менѣе исключена нормальная функціональная дѣятельность ихъ.

Кромѣ вышеупомянутыхъ неблагопріятныхъ для организма условій, связанныхъ съ операціей Porro, эта послѣдняя отнимаетъ производительную способность у женщины, которая съ наступленіемъ слѣдующей беременности, при небольшой степени съуженія ($7^1/_2$—9 ctm. c. v.), можетъ родить при помощи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ на 32 й и 36-й недѣлѣ беременности живаго плода, который, при тщательномъ уходѣ и при возможно болѣе подвинувшейся беременности, можетъ остаться въ живыхъ. Затѣмъ, и доведенная до конца слѣдующая беременность можетъ окончиться безъ уменьшенія объема плода, если отношенія между родовымъ объектомъ и тазомъ будутъ болѣе благопріятны, чѣмъ въ подлежащемъ случаѣ, вспомнимъ сказанное выше (см. стр. 27 и слѣд.).

---

[1]) Centr. f. Gynäk. 1881. № 25.

Наконецъ, у насъ всегда остается возможность дать искусственный выходъ младенцу, у насъ въ рукахъ возможность сдѣлать повторно кесарское сѣченіе, что не представляетъ никакихъ особенныхъ затрудненій.

Въ прежнее еще время были случаи благопріятно примѣнявшихся кесарскихъ сѣченій по 2, по 3 и даже 4 раза (Michaelis [1]), Oetler [2]) на одной и той же женщинѣ, въ настоящее время, съ примѣненіемъ шва Sänger'a и антисептики, тоже есть случай повторнаго кесарскаго сѣченія съ благопріятнымъ исходомъ: Korn'a [3]). Опасность разрыва за беремѣневшей послѣ кесарскаго сѣченія матки также исключается при Sänger'овскомъ зашиваніи uterus'a, о причинахъ чего нами было сказано выше (стр. 25).

Въ тѣхъ случаяхъ, когда мы имѣемъ дѣло съ септическимъ эндометритомъ, рѣзко выраженномъ, и показаніе является абсолютнымъ, то дѣйствительно рождается вопросъ объ удаленіи инфицированнаго органа. Но и въ этихъ случаяхъ, удаляя матку, мы далеки еще отъ увѣренности въ удаленіи всего зараженнаго, такъ какъ мы знаемъ, что любимымъ мѣстомъ локализаціи заразы является параметральная клѣтчатка, не удалимая операціей Porro, а исходнымъ пунктомъ травмы шейки.

Совсѣмъ другое дѣло, когда мы можемъ опорожнить матку, хотя и убивая плодъ, per vias naturales, когда мы имѣемъ возможность кончить роды перфораціей. Къ числу фактовъ повседневнаго акушерскаго наблюденія относятся явленія рѣзкаго повышенія температуры до довольно высокихъ цифръ (39—40°) и частоты пульса, сопровождающіяся болѣе или менѣе зловонными отдѣленіями, извѣстныя у насъ подъ названіемъ endometritis sub partu, которыя часто проходятъ вслѣдъ за опорожненіемъ матки, (въ особенности

---

[1]) N. Zeitschrift f. Geb. V, стр. 1.
[2]) Monatschrift. f. Geb. XXXIV, стр. 441.
[3]) Cent. f. Gyn. 1888, стр. 11.

послѣ промыванія ея дезинфицирующимъ растворомъ непосредственно послѣ родовъ), или ведутъ къ болѣе или менѣе легкимъ послѣродовымъ заболѣваніямъ.

Этого, къ сожалѣнію, нельзя сказать о тѣхъ случаяхъ, когда мы вмѣсто перфораціи приступаемъ къ кесарскому сѣченію, на что указываютъ случаи Leopold'a, Breisk'аго (см. выше стр. 9), окончившіеся смертью.

Подобный печальный исходъ, повидимому, долженъ быть отнесенъ не къ инфекціи всего организма изъ полости матки посредствомъ проложенія изъ нея операціоннымъ ножемъ пути въ полость брюшины, такъ какъ это могло быть избѣгнуто при современной техникѣ вскрытія матки и зашиванія ея—вскрытіе подтвердило совершенное заживленіе раны,—а внесеніемъ посредствомъ ляпоротомій, истощающаго момента, въ виду котораго организмъ не могъ справиться съ внесенной въ него до операціи инфекціей.

Въ виду вышесказаннаго, мы можемъ выразить убѣжденіе, что операція кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи на лихорадящей больной можетъ быть замѣнена перфораціей. Опрація Porro не всегда можетъ въ этомъ случаѣ насъ выручить на основаніи ея ненадежности въ смыслѣ удаленія всего зараженнаго и отнятія у женщины дальнѣйшей производительной способности.

Въ видѣ исключенія операція Porro можетъ быть показана при неудержимомъ атоническомъ кровотеченіи изъ матки (atonia viciosa), какъ это было въ случаѣ Fehling'a (см. выше стр. 24) и тогда на эту операцію нужно смотрѣть какъ на оперативный пріемъ при осложненіи, явившемся со стороны пуэрпэральной матки, пріемъ, который могъ-бы быть рекомендованъ, какъ ultimum refugium въ подобныхъ случаяхъ atoniae viciosae и безъ предшествовавшей операціи кесарскаго сѣченія.

Относительно другихъ способовъ родоразрѣшенія при

невозможности родовому объекту пройти черезъ тазовое кольцо, какъ elytrotomia, symphyseotomia, полная экстирпація матки (Bischoff [1]) мы останавливаться не будемъ, такъ какъ они не имѣютъ никакой будущности.

Переходимъ теперь къ оперативному методу, котораго держался проф. А. И. Лебедевъ, при производствѣ описаныхъ кесарскихъ сѣченій. Разрѣзъ матки, а соотвѣтственно этому и брюшныхъ стѣнокъ дѣлался въ области дна и верхнихъ $^2/_3$ uterus'a, причемъ избѣгался нижній сегментъ его въ виду того, что онъ во первыхъ заключаетъ въ себѣ venae circulares довольно широкія, ранепіе которыхъ можетъ вызвать трудно останавливое кровотеченіе, во вторыхъ въ виду плохой сократительной способности этого участка матки, въ чемъ можно убѣдиться изслѣдуя родильницу непосредственно послѣ родовъ, въ третьихъ—рыхлаго прикрѣпленія въ этомъ мѣстѣ брюшины, ведущаго къ кровоподтекамъ, болѣе или менѣе обширнымъ гэматомамъ [2]). Все это можно поставить какъ противопоказаніе къ выбору того метода, который состоитъ въ проведеніи разрѣза въ этой избѣгаемой нами области матки, идущаго въ поперечномъ направленіи, т. е. метода Kehrer'a [3]).

Главный вопросъ въ успѣхѣ кесарскаго сѣченія, какъ мы объ этомъ говорили выше, заключается въ наложеніи шва, причемъ идеальнымъ въ этомъ отношеніи принципомъ сшиванія матки является предложенный Saenger'омъ, который и былъ принятъ А. И. Лебедевымъ, внесшимъ въ него крайне полезную модификацію завязываніемъ узловъ глубокихъ швовъ мускульно-децидуальнаго ряда въ глубинѣ раны (см. выше рис. 1 — 3, взятые изъ статьи А. И. Лебедева l. c., что даетъ возможность этимъ лигатурамъ элиминироваться впос-

---

[1]) Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1880 № 6.
[2]) А. И. Лебедевъ Arch. f. Gyn. XXXI, стр. 232.
[3]) Arch. f. Gyn. XXVII, стр. 227.

лѣдствіи черезъ полость матки (l. c. стр. 234), какъ это часто замѣчается послѣ hysteromyotom'іи. Это обстоятельство представляется важнымъ потому, что мы пока еще не имѣемъ вполнѣ надежнаго резорбирующагося швейнаго матеріала, который могъ-бы исключить шелкъ, взятый въ данныхъ случаяхъ только для основнаго ряда швовъ.

По почину проф. А. И. Лебедева у насъ въ Россіи операція кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи встрѣтила горячее сочувствіе, что выразилось, какъ въ дебатахъ, посвященныхъ этому вопросу, происходившихъ въ Акушерско-гинекологическомъ Обществѣ въ Петербургѣ [1]), такъ и въ рядѣ операцій кесарскаго сѣченія, произведенныхъ при этомъ показаніи (А. Я. Красовскій — 2 опер. [2]), К. Ф. Славянскій — 1, И. Ф. Баландинъ — 1).

Исходя изъ той точки зрѣнія, чт перфорація представляетъ изъ себя невинную операцію только тогда, когда она предпринята при невысокомъ съуженіи таза и только тогда можетъ быть противопоставляема кесарскому сѣченію въ смыслѣ прогноза для матери, мы, собирая случаи кесарскаго сѣченія, причисляли къ операціямъ сдѣланнымъ при относительномъ показаніи только тѣ, гдѣ наименьшій размѣръ таза во всякомъ случаѣ былъ больше $6^1/_2$ ctm., причемъ на основаніи вышесказаннаго взяли только случаи оперированные по способу Säuger'a.

---

[1]) Протоколы Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ. №№ 11, 12, 15, 17, за 1887 г.

[2]) Даниловичъ, «Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней», 1887 года, стр. 446, А. Я. Красовскій, тамъ же 1888 г., стр. 75.

СЛУЧАИ КЕСАРСКАГО СѢЧЕНІЯ

при относительномъ съуженіи таза оперированные по метоту Sänger'a:

№ №	Операторъ Время и мѣсто операціи.	Возрастъ матери и который разъ рожаетъ.	Характеръ таза и предшествовавшихъ родовъ.	Общее состояніе роженицы и плода до операціи.	Продолжительность болей и время отхода водъ до операціи.	Предшествовавшія манипуляціи.	Оперативный методъ.
1	Prochownik. 27—II 1884 г Гамбургъ.	38 л. I р.	Рахитически-плоскій. Conj vera 8 ctm.	Т-ра нормал. Истощеніе Сердцебіеніе плода—100.	44 ч.	—	Разрѣзъ нѣсколько косо, placenta въ разрѣзъ не попала. Прижатіе руками. 7 глубокихъ, 3 поверхностныхъ шелковыхъ, 5 поверхностныхъ кэтгутовыхъ съ заворачиваніемъ серозы въ складку.
2	Säuger. 2—VIII 1885 г. Лейпцигъ. Клиника.	32 г. IV р.	Общесъуженный рахитическій тазъ. C. diag. 9 C. v. 7 3 раза мертвыя дѣти послѣ продолжительной родовой дѣятельности.	Вполнѣ удовлетворител. Сердцебіеніе плода ясно, правильно	Около 36 ч. 13 ч. 45 м.	—	Резекція маленькихъ полосокъ muscularis (1—1,5 mm), отдѣленіе serosae (3—4 mm), 7 глубокихъ серебряныхъ и 16 шелковыхъ поверхностн. швовъ.
3	Obermann. 2—VIII 1885 г. Тамъ же.	42 г. I р.	Анкилотическій лѣвосторонне-съуженный тазъ. Conj. diag. 11 5.	Вполнѣ удовлетворител. Сердцебіеніе ясно, правил.	Около 36 ч. Пузырь цѣлъ.	—	Отдѣленіе брюшинаго покрова матки на 3—5 mm. 8 глубокихъ и 68 поверхностныхъ шелковыхъ швовъ.
4	Säuger. 20—X 1885 г. Тамъ же.	38 л. IV р.	C. d. 10. C. v. 8. (3 раза Краніотомія).	Удовлетворительно.	Около сутокъ. Отсутствіе болей.	Производилось двукратное введеніе бужей для вызова искусств. прождавр. родовъ безъ результата 10 дней т. н., наконецъ проколъ пузыря тоже безъ послѣдст.	Незначительная резекція въ нижнемъ углу раны. Отдѣл. (3—4 mm.) serosae 8 глуб.сер., 19 поверхн. шелков. швовъ, край раны проткнутъ по 2 раза.

Результаты операціи для: матери.	Результаты операціи для: плода.	Послѣопераціонное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ операціи.	Примѣчанія.	Кѣмъ и гдѣ опубликовано.
Выздоров.	Живой.	Безъ повышенія температуры.	—	Черезъ 4 мѣсяца послѣ операціи матка подвижна, только тонкое сращеніе съ брюшной стѣнкой.	Credé. Arch. f. Gynäk. XXVIII стр. 328.
Выздоров.	Живой.	Повышеніе температуры на 5-й день 38,6, на 11—14 (высшая t° 39,2), вслѣдствіе расхожденія брюшной раны въ верхнемъ углу ея и выпаденія кишекъ.	52 ctm. длина. Размѣры головки: прямой—11,5, поперечный—11, окружность наибольшая—34, наименьшая—31. 3850 grm. Мальчикъ. Въ глубокой асфиксіи, оживленъ черезъ 20′.	На 22-й день выписана вполнѣ здоровой съ незначительной retroversio. Реб. здоров. 4000 grm.	Obermann. Arch. f. Gyn. XXVII. стр. 266.
Выздоров	Живой.	Повышеніе т-ры въ теченіи первыхъ 10 дней (bronchitis). Высш. t°—39,8, в. п.—115. Нагноеніе въ швахъ.	53 ctm. длина. головка: прям. 12 поперечной. . 10 окружн. наиб. 34,5 » наим. 33 Мальчикъ. Въ асфиксіи, но оживленъ.	При внутреннемъ изслѣдованіи на 9-й день выдѣлилось около 9 ложекъ густого гноя безъ запаха. На 19-й день б. выписана съ подвижной маткой, нигдѣ не фикспрованное.	Тамъ же, стр. 273.
Выздоров.	Живой.	Безлихорадочное. За исключеніемъ 2-хъ первыхъ дней (в. t° 38,7, вп. 112,	50 ctm. 2900 grm. Мальчикъ сейчасъ же закричалъ.	—	Тамъ же, стр. 278.

№ №	Операторъ. Время и мѣсто операціи.	Возрастъ матери и который разъ рожаетъ.	Характеръ таза и предшествовавшихъ родовъ.	Общее состояніе роженицы и плода до операціи.	Продолжительность болей и время отхода водъ до операціи.	Предшествовавшія манипуляціи.	Оперативный методъ.
1 5	Sänger. 9—XII 1885 г. Тамъ же.	35 л. IV р.	C. d. 8,5—9. C. v. прибл. 7,5. Плоскій рахитическій тазъ 2-й степени, 3-е родовъ мертвыми дѣтьми, послѣдніе при помощи щипцовъ.	Удовлетвор. Замедленіе, сердцебіенія плода обильное, отдѣл. meconium'a.	3 ч. 45 м. Около 3-хъ сутокъ. Открытіе зѣва на 2 п.	—	Резекція отного выступавш. мышечнаго кусочка. Отдѣлен. serosae (3 mm.) 7 глуб. серебр.. 19 поверхн. шелков. швовъ. края раны проткнуты по 2 раза; послѣ наложенія швовъ еще 1 промежуточный.
2 6	Krukenberg. 21—XII 1885 г. Боннъ.	23 л. I р.	Обще неравномѣрно съуженный тазъ C diag. 9¾ C. v. 6¾—7.	Неблагопр. t° 38,3 п. 110. Истощеніе.	Слишкомъ 1 сутки.	—	Незначител. отслоеніе серозы, незначит. резекція muscul. Этажный шовъ на матку. 19 глуб. шва остальн поверхн. шелковые.
3 7	Donat. 13—II 1886 г. Лейпцигъ. Клиника.	34 г. IV р.	C. diag. 8—8,5. C. v. 7. Плоскій рахитическій тазъ 2-й степ. 1-е роды крайне продолжит. окончились произвольнымъ рожд. мерти. плода. 2-ые Выкидышемъ на 5-мъ мѣсяцѣ. 3-ьи Окончены кефалотрипсіей.	Удовлетвор	14 ч. 7 ч. 15 м.	—	Резекція нѣсколькихъ кусочковъ muscularis (3 mm.), 7 глубок. серебр., 19 поверхн. шелковыхъ швовъ. 5 промеж. тоже шелковыхъ.
4 8	Leopold. 3—III 1886 г. Дрезденъ. Родильный домъ.	29 л. III р.	Conj. diag. 8¾. Conj.vera—6½-6¾.	Удовлетвор.	Около 7 ч. 7 часовъ.	—	Глубокіе серебр., поверхн. шелков. швы безъ отдѣлен. serosae и резекціи muscularis но со складкой serosae

Результаты операціи для: матери.	Результаты операціи для: плода.	Послѣопераціонное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ операціи.	Примѣчанія.	Кѣмъ и гдѣ опубликовано.
Выздоров.	Живой.	Съ нормальной температурой.	50 ctm. 3000 grm. Мальчикъ. Рѣзкая конфигур. и большая головная опухоль.	—	Credé. Arch. f. Gyn. XXVIII. стр. 144
Выздоров.	Живой.	Pelvi peritonitis retrouterina «послѣдствіе сдавлен. шейки».	51 ctm. Размѣры головки: поперечн. 9 ctm., окружность 35,5. 2900 grm. Мальчикъ въ легкой асфиксіи.	Plac. praevia caesarea. Значит. кровотеченіе.	Krukenberg. Тамъ же, стр. 416.
Выздоров.	Живой.	Безъ повышенія температуры.	51 ctm. 3200. Мальчикъ.	—	Credé. Тамъ же, стр. 147.
Выздоров.	Живой.	Безъ повышенія температуры.	—	Черезъ 7 недѣль матка плотная, безболѣзненна, нѣсколько приращена къ передней брюшн. стѣнкѣ.	Leopold. Arch. f. Gyn XXVIII, стр. 112.

№№	Операторъ. Время и мѣсто операціи.	Возрастъ матери и который разъ рожаетъ.	Характеръ таза и предшествовавшихъ родовъ.	Общее состояніе роженицы и плода до операціи.	Продолжительность болей и время отхода водъ до операціи.	Предшествовавшія манипуляціи.	Оперативный методъ.
9	Breisky. 7—III 1886 г. Прага. Клиника.	26 л. I р.	Sp. 23,6 Cr. 26. Tr. 28,6 C. ext. 18. C. diag. 10,4 C. v. 8, 5—9 общесъуженный плоскій тазъ.	На 4-й день родовъ т-ра, бывшая до этого норм., достигла 39,4.	$3^1/_2$ сутокъ, все время сильныя боли при «Vorderscheitelbeinstellung». 57 ч.	—	6 глубокихъ серебрян.. 18 sero-seros'ныхъ шелк. швовъ, 4 обкалыванія кэтгутомъ широкихъ венозныхъ отверстій, слизистая матки покрыта густымъ слоемъ желтовато-зеленоватаго налета, трудно удалимаго.
10	Leopold. 5—III 1886 г. Дрезденъ.	24 г. IV р.	Услов. показаніи.	Благополуч.	—	—	Глубок. узловатая поверх. непр. изъ кэтгут.
11	Gönner. Бохель 6—VIII 1886 г. Клиника Bischoff'a.	36 л. III р.	Рахитич. плосскій тазъ con. v. = 7—7,5. D.sp.—$26^1/_3$, D. cr.—$28^3/_4$. C. diag. 8. 1 роды окончены перфораціей, 2—эмбріотоміей.	Удовлетвор. Сердцебіеніе плода правильное, ясное 146.	Нѣсколько дней легкія боли, съ отход. водъ рѣзко усилились Os. на 1 п. Около 6 час.	Безуспѣшное вызываніе преждевр. родовъ введеніемъ бужей и colpeyrynter'a.	7 только muscularis захватывающихъ шелков. швовъ, 17 sero-seros'ныхъ изъ тончайшаго шелка. Послѣ снятія этгута наложены 2 шва.
12	А. И. Лебедевъ. 3 (15)—X 1886 г. Петербургъ. Академич. Клиника.	26 л. I р.	Общс - равномѣрно съуженный тазъ со слабо выраженными признаками рахитическ. характера. C. v. = 8.	Истощена. Рѣзко выражено кольцо сокращенія. Сердцебіеніе плода заглушено, 128 въ 1 мин.	41 ч. и 32 часа.	Forceps.	Шелков. швы, не проникающіе въ полость матки, субперитон. и перитон. кэтгут. (обработан. ol. juniperi) (см. выше стр. 30).

Результаты операціи для: матери.	Результаты операціи для: плода.	Послѣопераціонное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ операціи.	Примѣчанія.	Кѣмъ и гдѣ опубликовано.
†	Живой.	Septichäm. ex endometritide suppur. et perit. sero purulenta Смерть наступила черезъ 60 часовъ послѣ операціи.	53,5 длина, размѣры головки: Diam. fronto - occip. 11,6 Bit. 9, 5 Bip. 10,3. Circmf. fronto-occ. 37. 4000 grm. Дѣвочка. Глубокая асфиксія, черезъ 10′ ожив.	Частичная (въ верхнемъ углу разрѣза) placenta praevia caesarea. Смерть черезъ 2½ дня послѣ операціи. Данныя вскрытія: Рана матки по всей длинѣ и глубинѣ вполнѣ закрыта, микроскопич. изслѣдованіе рубца показало: (стр. 343) въ наружныхъ частяхъ раны брюшинныя листки соединены фибринознымъ экссудатомъ, въ мускульномъ отдѣлѣ рубца соединеніе частью непосредственное, частью посредствомъ экстравазата.	Fleischman. Zeitsch. f. Heilk. VII стр. 337.
Выздоров.	Живой.	—	—	—	Credé. Arch. XXX, стр. 330.
Выздоров.	Живой.	Первые 7 дней т-ра 37,6—38,4, остальное время нормальная.	Дѣв. 2650 grm. 47 ctm.	Черезъ 4 нед. послѣ операціи матка д. подвижна, хотя немного сращена съ передней брюшн. стѣнкой. Потеря крови съ частью водъ 900 grm. во время операціи и 40 grm. послѣ—черезъ vagin'y.	Widmer. Arch. XXX, стр. 128.
Выздоров.	Живой.	Нормальн. puerperium.	50 ctm. 3750 grm. Мальчикъ. Легкая асфиксія.	Plac. praevia caesarea.	А. И. Лебедевъ. Еженед. клинич. газета. 1886 г.

№ №	Операторъ. Время и мѣсто операціи.	Возрастъ матери и который разъ рожаетъ.	Характеръ таза и предшествовавшихъ родовъ.	Общее состояніе роженицы и плода до операціи.	Продолжительность болей и время отхода водъ до операціи.	Предшествовавшія манипуляціи.	Оперативный методъ.
13	Weber. 18—X 1886 г. Лейпцигъ. Клиника.	26 л. V р.	C. d. 9. C. v. 7,5. 2-ое первыхъ родовъ очень продолжит., окончены перфораціей. 2-ое слѣдующихъ окончены преждевремен. искусствен. род. одни—экстракція мертв., другіе—живымъ плодомъ (щипцы).	Удоплетвор.	Слишкомъ 3-е сут. Около 7 часовъ.	—	Глубок. серебр. поверх. шелк. швы.
14	Korn. XI 1886 г. Дрезденъ. Родильный домъ.	36 л. III р.	Обще-съуженный рахитически-плоскій тазъ. C. diag. 9.	Удовлетвор.	—	—	Какъ въ № 10.
15	А. Я. Красовскій. 8 (20)—XII 1886 г. Родовспомог. заведеніе. Спб.	30 л. II р.	Плоскій ассиметр. тазъ C. v. $8^1/_2$. D.inter Tubera Isch. $=6^1/_2$—7 ctm. Предш. роды оконч. perforatione.	Удовлетвор.	30 ч. 18 ч.	—	9 сам. глуб. 7 менѣе 15 поверх } шелк. шв
16	Zweifel. 28—I 1887 г. Erlangen. Клиника.	24 л. II р.	Обще-съуженный плоскій тазъ c. d.—10, c. v.—8 ctm. Прежніе роды трудны, плодъ оживл.	Истощеніе, t-ра не повышена, сердцебіеніе плода нормальное.	26 ч. 9 ч.	—	14 глубокихъ шелков. швовъ. пов. непрерывн. шовъ изъ кэтгута, обработаннаго въ ol. juniperi.
17	А. И. Лебедевъ. 26—I (7—II) 1887 г. С.-Петерб. Академич. Клиника.	34 г. I р.	Обще-съуженный плоскій. C. v. приблизит. 8 ctm.	Истощена. Непрапильн. сердцебіеніе плода, обильное выдѣлен. mecon[illegible]'a.	30 ч. $2^3/_4$ ч.	—	По тому же типу (см. № 12 и стр. 37).

Результаты операціи для: матери.	Результаты операціи для: плода.	Послѣопераціонное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ операціи.	Примѣчанія.	Кѣмъ и гдѣ опубликовано.
Выздоров.	Живой.	Безлихорадочное.	52 ctm. 2950 grm.	Черезъ 2½ мѣс. матка совершенно подвижна.	Credé. Archiv f. Gyn. XXX, стр. 322.
Выздоров	Живой.	Гладкое.	—	Выписана въ концѣ 3-й недѣли.	Centr. f. Gyn. 1887 г., стр. 28.
Выздоров.	Живой.	Почти безъ пов. t°, высш t° — 38,7 » п. — 90	48 ctm. 3300 grm. Дѣвочка. Въ глубокой асфиксіи.	—	Даниловичъ. Ж. ак. и ж. бол. 1887 стр. 446.
Выздоров	Живой.	Безлихорадочное (только 2 раза пов. t° до 38,2, вслѣдствіе нагноенія въ 2 швахъ).	50 ctm. 3300 grm.	3 завязанныхъ шелковыя лигатуры матки элиминировались вслѣдствіе нагноенія.	Zweifel. Arch. f. Gyn. XXX стр. 316
Выздоров.	Живой.	Осложн. крупозной пневмоніей.	44 ctm. 2900 grm. Дѣвочка. Сейчасъ же закричала.	—	Замшинъ. Журн. акушер. и жен. бол. 1887 г., стр. 461.

№ №	Операторъ. Время и мѣсто операціи.	Возрастъ матери и который разъ рожаетъ.	Характеръ таза и предшествовавшихъ родовъ.	Общее состояніе роженицы и плода до операціи.	Продолжительность болей и время стока водъ до операціи.	Предшествовавшія манипуляціи.	Оперативный методъ.
18	Lusk. 1887 г. New-Iork.		Косо-съуженный тазъ. C. v. = 7,5.	—		—	Способъ Sänger'a.
19	Chiara. 9—II 1887 г. Флоренція.		Рахитич. тазъ. C. v. 72—74. mm.	Удовлетвор.		—	Разрѣзъ матки insitu. Резекція выступающей muscularis въ нижнихъ ⅓ раны, 10 глубокихъ, 36 серо-серозныхъ швовъ кэтгутовыхъ.
20	Hofmeier. 22 II 1887 г. Berlin.	31 г. V р.	C. diag. 9,5. Рахитич. плосскій тазъ. 1 роды—перфорація, 2-ые — щипцы (смерть плода отъ поврежден. черепа), 3-ьи — искусствен. преждевр. роды на 36-й нед., высок. щипцы, смерть плода, 4-ые, искусств. преждевремен. роды на 35 нед. берем., поворотъ и экстракція, плодъ умеръ на 7-й день послѣ родовъ.	Удовлетвор.	1½ ч. тоже 1½ ч.	—	Въ разрѣзъ попалъ послѣдъ. 8 глубокихъ швовъ на матку, захватывающихъ только muscularis. Серозa защита этажнымъ кэтгутовымъ швомъ. Атонія матки.
21	Chiara. 1887 г. Флоренція.	29 л.	Рахитич. плоскій тазъ. C. v. 72—74 mm.	—	—	—	Мускулатура резецировалась по сколько она выпячивалась, 10 глубок., 36 пов. (кэтгут.) швовъ.
22	Weber. 11—IV 1887 г. Лейпцигъ. Клиника.	IV р.	C. d. 9—9,5 C. v. 7,5. рахитический плоскій тазъ. 1-ыя роды — перфор. 2-ыя — искусств. преждевр. роды на 7-мъ мѣс. ребенокъ вскорѣ умеръ. 3-и—перфорація и кефалотрип.	Удовлетвор.	Около сутокъ. Пузырь цѣлъ. Полное открытіе.	—	Разрѣзъ и отдѣленіе placentae, отъ которой остались значительныя куски. 8 глубокихъ и 15 поверх. шелковыхъ швовъ.

Результаты операціи для: матери.	Результаты операціи для: плода.	Послѣопераціонное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ операціи.	Примѣчанія.	Кѣмъ и гдѣ опубликовано.
Выздоров.	Живой.	Незначит. повыш. температ.	—	—	Centr. f. Gyn. 1887 г., № 52.
Выздоров.	Живой.	Выздоровѣла, на 14-й день выписана.	—	—	Credé. Arch. f. Gyn., XXX. стр 330.
Выздоров.	Живой.	Три первые дня t° нѣсколько выше 38°, затѣмъ нормальна.	3300 grm. Мальчикъ.	—	Zeitschr. f. Geburtshülfe. 1887 г, XIV. H. 1. стр. 97.
Выздоров.	Живой.	Безлихорадочное	3500 grm. Дѣвочка.	Больная встала на 14-й день.	Centr. f. Gyn. 1887 г № 31.
†	Живой.	Черезъ 2 ч. t° 38,5 п. 96; на 4-й день смерть. Гной въ брюшной полости содержитъ стрептококковъ.	—	—	Zweifel Archiv. f. Gyn. XXXI стр. 211.

№№	Операторъ Время и мѣсто операціи.	Возрастъ матери и который разъ рожаетъ.	Характеръ таза и предшествовавшихъ родовъ.	Общее состояніе роженицы и плода до операціи.	Продолжительность болей и время отхода водъ до операціи.	Предшествовавшія манипуляціи.	Оперативный методъ.
23	Hegar. 15—IV. 1887 г. Фрейбургъ. Клиника.	26 л. III р.	C. d. 10. Общесъуженный плоскій тазъ. 1-ые роды — мертвый плодъ. 2-ые поворотъ и экстр. съ послѣдующ. перфораціей.	Истощена.	Около 36 час. 30 час.	—	Матка извл. пар. Muscul. зашитъ узлов. шелков. швами, также сверху ихъ и serosa Serosa брюшн. стѣнки зашита обв. кэтгутовымъ, остальн. стѣнка глубок. шелковыми швами.
24	Zweifel. 1—V 1887 г. Лейпцигъ. Клиника.	41 г. VI р.	Рахитическій плоскій тазъ. Conj. dieg. 8. C. vera 6,5. «Условное показаніе къ кесарскому сѣченію». 3 перв. родовъ—перфорац. 4-ые роды (двойни) поворотъ и экстракція, живы.	Удовлетвор.	Около сутокъ тоже.	—	Матка извл. пар. Послѣ предварительнаго тщательнаго удаленія deciduae зашив. нитками (14), каждая вооружена 2 иглами, снутри кнаружи. избѣгая deriduam и serosam. Рядъ поверхностныхъ (14) швовъ по типу Lembert'овскаго служилъ покровомъ для глубокаго ряда (см. выше сл. А.И.Лебедева
25	Zweifel. 3—V 1887 г. Лейпцигъ. Клиника.	32 г. VII р.	Рахитически плоскій тазъ 2-й ст. Conj. diag. 9—9,5. — vera 7—7,5. 4 раза—перфорац. 2—искусств. преждевременные роды.	Вполнѣ удовлетворительное.	Около 12 час. непосредст. передъ операц.	—	Потому же типу какъ въ предъидущемъ случаѣ. 12 глубок. и 12 поверхностн. кэтгутов. швовъ (изъ хромовой кислоты).
26	Olshausen. 12—VI 1887 г. Галле. Клиника.	33 л. II р.	C. d. 8,25. C. ext. 17,5. 1-е роды—перфорація.	Удовлетвор.	Роды стошли за 2 ч. до операціи, зѣвъ открытъ на палецъ.	—	11 шелковыхъ швовъ черезъ muscularis. 20 кэтгутовыхъ на peritoneum.
27	Zweifel. 21—IV. 1887 г. Лейпцигъ. Клиника.	VII р.	Общесъуженный плоскій тазъ. 2-ой степени C. d. 9,5 c. v. 7,5. 4 родовъ — перфорація, 1—искусств. преждевремен. роды, двойни (1250 grm. и 1350 grm.), 1—щипцы, мален. плодъ черезъ 6 мѣс. умеръ.	Вполнѣ удовлетворител.	Операція съ появленіемъ болей. Цѣлый пузырь.	—	Разрѣзъ дѣтскаго мѣста. Зашиваніе матки потому-же типу кэтгутомъ, обработ. въ хромовой кислотѣ.

Результаты операціи для: матери.	Результаты операціи для: плода.	Послѣопераціонное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ операціи.	Примѣчанія.	Кѣмъ и гдѣ опубликовано.
Выздоров.	Живой.	Безлихорадочное.	—	Больная выписана черезъ 3 нед. вполнѣ здоровой, ребенокъ тоже.	Wiedow. Cent. f. Gyn. 1887 г. № 39.
Выздоров.	Живой.	Безлихорадочное.	54 ctm. 3650 Мальчикъ.	—	Zweifel. Arch. f. Gyn. XXXI стр. 209.
Выздоров.	Живой.	Безлихорадочное	Мальчикъ.	Была выписана на 23 день матка фиксирован. къ брюшной стѣнки.	Zweifel. Тамъ-же стр. 207.
Выздоров.	Живой.	Незначит. повышенія температуры.	2200 grm. въ легкой асфексіи	Послѣ зашиванія раны матки, незначительное кровотеченіе, но только изъ влагалища. Ребенокъ черезъ 14 ч. умеръ.	Centr. f. Gyn. 1887. стр. 748.
Выздоров.	Живой.	Безлихорадочное послѣ операціи довольно значительное кровотеченіе.	50 ctm. 3050 grm. Дѣвочка.	—	Zweifel. Arch. f. Gyn. XXXI стр. 209.

№№	Операторъ. Время и мѣсто операціи.	Возрастъ матери и который разъ рожаетъ.	Характеръ таза и предшествовавшихъ родовъ.	Общее состояніе роженицы и плода до операціи.	Продолжительность болей и время отхода водъ до операціи.	Предшествовавшія манипуляціи.	Оперативный методъ.
28	Hegar. 8—VII 1887 г. Фрейбургъ. Клиника.	27 л. 1 р.	C. d. 10. C. v. 8.	Удовлетвор.	Около сутокъ. Около 12 час.	—	Промыв полости матки хлорной водой, орошеніе краевъ разрѣза слабымъ растворомъ сулемы. Зашив. маточной и брюшной раны какъ въ № 25.
29	Döderlein. 22—VIII 1887. Лейпцигъ. Клиника.	II р.	C. d. 10. C. v. 8. Предшествовавшіе роды мертвымъ плодомъ.	—	2½ сутокъ. Воды отошли, зѣвъ на 1½ п., головка надъ входомъ въ Naegele'скомъ наклон.	—	Потому же методу 16 глубокихъ, много поверхностныхъ sero-seros'ныхъ. Слизистая полости матки присыпана іодоформомъ.
30	Korn. 9—IX 1887. Dresden. Родильный домъ.	31 г. V р.	2-е первыхъ родовъ—перфорація, 3-и роды—кесарское сѣченіе 1886, 3—III. 4 — аборт. на 3-мъ мѣсяцѣ.	Удовлетвор.	23 ч. 38 м. Открытіе зѣва около 5 cm.	—	Разрѣзъ справа паралельно рубцу, попалъ на дѣтское мѣсто. Послѣ удаленія его вынуты не покрытые peritoneo 4 серебряные шва. Рана зашита 7 глубокими и пов. непрерывнымъ кэтгутовымъ швами.
31	Obermann. 23—IX 18-7. Тамъ-же.	IV р.	Рахитическій плоскій тазъ 2-й степ. C. d. 9 C. v. 7,5 1-е роды — недоношен. мертвый плодъ, 2—перфорація, кефалотрипсія, 3—искусств. преждеврем. роды, щипцы. Живой плодъ (2360—45).	Удовлетвор.	1 ч. 35 м.	—	Разрѣзъ дѣтскаго мѣста, 11 глубок. 14 пов. швовъ изъ «хромоваго кэтгута».
32	А. Я. Красовскій. 29—XII 1887 г. Родовспом. з. Спб.	23 л. 1 р.	Общесъуженный плоскій тазъ C. v.—8—8½.	—	33 ч. 44 ч. Отошли при зѣвѣ на 1 п.	—	19 глуб. 9 пов. } шелк. швовъ.
33	К. Ѳ. Славянскій. Госпит. Клиника. Спб.	—	—	—	—	—	—
34	И. Ф. Баландинъ. II 1888 г. Повивал. Инстит. Спб.	—	—	—	—	—	—

Результаты операціи для: матери.	Результаты операціи для: плода.	Послѣоперацiонное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ операціи.	Примѣчанія.	Кѣмъ и гдѣ опубликовано.
Вызд-рров.	Живой.	Безлихорадочное, единичное пов. до 38,3.	Окружн. головки 36 ctm. D. Bip.—9,5 ctm., больш. голов опухоль. Захожден. костей. Хор. развитый плодъ въ легкой асфиксіи.	—	Centr. f. Gyn. 1887, стр.620.
Вызд-рров	Живой.	Осложнено интоксикаціей сулемой (parotitis), нагноеніемъ въ 3 нижнихъ швахъ брюшной раны, lochiometr'ой.	51,7 ctm. 3750 grm. Дѣвочка.	—	Zweifel.Arch. f. Gyn. XXXI стр. 214.
Вызд-рров.	Живой.	Гладкое.	47½ ctm. 3040 grm. Дѣвочка.	Черезъ брюшныя стѣнки прощупываются 8 сереб. швовъ отъ прежней опер., на большомъ пространствѣ передняя стѣнка матки сращена съ сальникомъ, такъ что видны только 4 нижнихъ серебр. шва, покрытыхъ гладкимъ лоскомъ брюшины. Концы верхнихъ 4 лигатуръ сильно выступаютъ впередъ. Рубецъ шириною 1 ctm., представляется углубленымъ по отношенію къ остальной поверхности матки, приблизительно на 2 mm. Внутр. поверхн. рубца окрашена бѣлесовато и ясно подымается надъ сосѣд. поверхн. слизистой оболочки.	Cent f. Gyn. 1888, стр. 11.
Вызд-ров.	Живой.	Безлихорадочное.	51,5 ctm. 3400 grm. Мальчикъ.	—	Zweifel.Arch. f. Gyn. XXXI стр. 246.
Вызд-ров.	Живой.	Част. перитонитъ.	—	—	Журн. ак. и жен. болѣзн. 1888, стр. 75.
†	Живой.	—	—	—	Неопубликовано.
Вызд-ров.	Живой.	Безлихорадочное, осложнен. желтухой и гриппознымъ состояніемъ съ сильнымъ кашлемъ.	—	—	Лично сообщено операторомъ.

Изъ приведенныхъ 34 случаевъ 3 случая (№№ 9, 22, 33) окончились летально т. е. дали % смертности равный 8,82 [1]).

Причемъ въ случаѣ Breisk'aго, окончившемся смертью, операція была произведена на инфецированной ранѣе роженицѣ.

Дѣти всѣ были извлечены живыми и продолжали хорошо питаться; большинство рождалось въ большей или меньшей степени асфиксіи, отъ которой обыкновенно легко оправлялось; въ одномъ только случаѣ (Olshausen'a) ребенокъ прожилъ всего 14 часовъ, и то потому, что былъ недоношенный—2220 грм. Такимъ образомъ, % смертности дѣтей вскорѣ послѣ операціи = 2,3; но и этотъ % легко было бы обойти, не дѣлая операціи кесарскаго сѣченія на недоношенномъ плодѣ при относительномъ съуженіи таза.

Что касается другихъ деталей этихъ случаевъ, то:

1) всѣ почти операціи сдѣланы въ клиникахъ и родовспомогательныхъ заведеніяхъ,

2) опытными операторами или, подъ непосредственнымъ наблюденіемъ послѣднихъ (Credé), ихъ ближайшими учениками.

3) Обстановка была вполнѣ удовлетворяющей всякой лапаротоміи.

4) Роженицы находились во всѣхъ почти случаяхъ въ вполнѣ асептическомъ состояніи, съ нормальной температурой и пульсомъ.

5) Истощеніе матки продолжительной родовой дѣятельностью не отражалось сколько нибудь рѣзко на послѣопераціонномъ теченіи, давая только въ нѣкоторыхъ случаяхъ атоническое кровотеченіе вслѣдъ за операціей.

6) Въ большинствѣ случаевъ кесарское сѣченіе было

---

[1]) Эти цифры немного разнятся отъ приведенной мною ранѣе (Врачъ l. c.) вслѣдствіе измѣненій въ статистическомъ матеріалѣ.

предрѣшено и потому заблаговременно принимались соотвѣтствующія мѣры предосторожности.

7) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (№№ 20, 25, 26, 27) кесарское сѣченіе примѣнялось слишкомъ поспѣшно.

8) Роженицы, представлявшія (№№ 6 и 9) пов. t-ру и пульсъ, зловонное отдѣленіе и т. п. признаки инфекціи, заболѣли въ послѣродовомъ состояніи, причемъ 2-я умерла, 1-я же представлявшая крайне незначительныя явленія инфекціи (t-ра 38,3 въ rectum, п. 110), перенесши pelvi-peritonitis выздоровѣла.

9) Вскрытія умершихъ больныхъ подтвердили блестящее значеніе метода сшиванія Sänger'a—маточная рана не смотря на септическій перитонитъ, погубившій оперированныхъ была вполнѣ закрыта.

10) Въ громадномъ большинствѣ случаевъ матка при выздоровленіи оперированной становилась въ совершенно нормальныя условія въ тазу и оставалась, хотя немного сращенной съ передней брюшной стѣнкой, но довольно подвижной и безболѣзненной.

Приведенные выводы изъ изученія собранныхъ нами случаевъ позволяютъ поставить тотъ весьма малый % смертности, который дало кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи въ зависимость отъ тѣхъ крайне благопріятныхъ условій, въ которыхъ находились операторы и оперируемыя.

Такимъ образомъ принимая въ соображеніе только опубликованныя случаи (они только и могутъ подвергаться оцѣнкѣ) и изъ нихъ тѣ, въ которыхъ роженицы до родовъ были безусловно асептичны, мы получимъ на 30 случаевъ кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи одинъ смертный исходъ (№ 22, отъ инфекціи во время операціи) т. е. 3,33%. Болѣе краснорѣчивой цифры едва-ли понадобится!

Не увлекаясь заблаговременно такимъ блестящимъ результатомъ, мы должны замѣтить, что для общихъ выводовъ основанныхъ на полученномъ % выздоровленій не инфецированныхъ оперированныхъ мы еще не имѣемъ достаточныхъ

основаній, въ виду незначительности статистическаго матеріала. Мы должны допустить, что, хотя оперируя только въ случаяхъ надежныхъ въ смыслѣ асептичности, но при соблюденіи строго выжидательной терапіи т. е. тогда, когда дѣйствительно только уменьшеннымъ плодомъ могутъ кончиться роды, мы будемъ имѣть и неблагопріятные исходы въ зависимости отъ тѣхъ или другихъ случайностей, какъ напр. заболѣванія эмболическими процессами въ легкихъ, schok и тому под. Но насколько много будетъ жертвъ этихъ случайностей можно уже сказать и на основаніи нашей статистики, такъ какъ извѣстно, что первые годы операціи, по извѣстному методу, всегда бываютъ во всякомъ случаѣ не лучше послѣдующихъ, когда методъ успѣваетъ усовершенствоваться.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда роженица находится въ условіяхъ, допускающихъ легкій поворотъ на ножки съ послѣдующей экстракціей, эта операція не должна быть игнорируема въ тѣхъ случаяхъ, когда у насъ на лицо небольшое съуженіе таза, особенно въ формѣ плоскаго (Winter l. c.); она можетъ замѣнить чисто выжидательную терапію, которая при несвоевременномъ излитіи водъ, неправильномъ вставленіи головки могла-бы въ нѣкоторыхъ случаяхъ повести къ наступленію состоянія, требующаго разрѣшенія родовъ перфораціей. При съуженіитаза болѣе значительномъ мы рискуемъ, сдѣлавши поворотъ, тяжелой экстракціей убить плодъ.

Когда роженица находится подъ нашимъ наблюденіемъ еще во время беременности, то у насъ есть еще одно средство пойти въ обходъ перфораціи resp. кес. сѣченію—вызвать искусственные преждевременные роды.

Держась даже того взгляда, что вызываніе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ представляетъ вполнѣ невинную операцію для матери [1]),—хотя на самомъ дѣлѣ она

[1]) За время моего пребыванія въ Родовспомогательномъ Заведеніи съ 1886 г. на 15 случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ не получилось ни одного смертнаго исхода.

таковой не оказывается (на это напр. указываетъ статистика Wyder'a [1]), состоящая изъ 225 случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, произведенныхъ въ противогнилостное время при уз. т. и дающая 5,3% смертности для матерей)— мы не можемъ не удерживаться отъ этой операціи при высокихъ и даже среднихъ степеняхъ съуженія таза, въ виду той громадной смертности, которую даютъ преждевременно родившіяся при этихъ съуженіяхъ дѣти (55,1%). Прибавивъ сюда ту высокую смертность, которая впослѣдствіи наблюдается у дѣтей недоносковъ (Миллеръ [2]), въ чемъ согласны всѣ педіатры, мы придемъ къ убѣжденію, что если не хотимъ приравнять для ребенка искусственныя преждевременныя роды перфораціи, то можемъ приступить къ нимъ развѣ только въ послѣднія недѣли беременности, при съуженіи не менѣе 9 ctm. въ наименьшемъ размѣрѣ таза и увѣренности, что новорожденный будетъ окруженъ возможно лучшимъ, раціональнымъ уходомъ, что особенно существенно для дѣтей недоносковъ.

Что касается перфораціи, то эту операцію мы не можемъ ставить въ параллель съ кесарскимъ сѣченіемъ при относительномъ показаніи, такъ какъ она представляется операціей necessitatis, а кесарское сѣченіе при относительномъ съуженіи, какъ мы говорили выше,—операція electionis, причемъ первая сама по себѣ представляетъ для матери почти невинную операцію, поэтому она если и даетъ смертность довольно значительную даже въ наше антисептическое время (Merckel 5,3% [3]), Thorn 5,7% [4]), Wyder 8,4% [5]), А. Я.

---

[1]) Arch. f. XXII. стр. 1.

[2]) Дѣти недоноски и особенности ихъ болѣзней. 1886. Москва.

[3]) Arch. f. Gyn. XXI. 1.

[4]) Arch. f. Gyn. XXIV. стр. 437.

[5]) l. c. стр. 81.

Крассовскій 18,7% [1]), Э. Ф. Биддеръ 12,6% [2]), то даетъ не какъ оперативный пріемъ, а какъ результатъ тѣхъ условій, въ которыхъ находится роженица. Тѣмъ болѣе эти двѣ операціи представляются величинами несравнимыми, что они преслѣдуютъ разныя цѣли въ терапіи относительно узкаго таза: перфорація исключительно имѣетъ въ виду интересы матери, кесарское сѣченіе — и плода.

Изъ всего вышесказаннаго мы можемъ притти къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Модификація въ способѣ зашиванія матки, внесенная Saenger'омъ, должна считаться раціональной, имѣющей существенное значеніе въ благопріятномъ исходѣ операціи кесарскаго сѣченія, въ особенности при атоніи матки.

2) Временное наложеніе на матку жгута во время операціи кесарскаго сѣченія даетъ возможность раціональнаго наложенія швовъ, что въ свою очередь ведетъ къ полной изоляціи полости матки отъ полости peritonei и совершенной остановки кровотеченія изъ разрѣза.

3) Показаніе къ производству кесарскаго сѣченія при относительномъ съуженіи таза наступаетъ въ тотъ моментъ, когда изъ хода родовъ уже сдѣлалось вполнѣ ясно, что головка плода никоимъ образомъ не родится не уменьшенной и когда окончательно наступаетъ показаніе къ искусственному окончанію родовъ.

4) Продолжительная родовая дѣятельность матки не вноситъ существеннаго вреда въ исходъ операціи.

5) Кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи является обязательнымъ для врача, обладающаго подходящей ассистенціей и находящагося въ обстановкѣ удовлетвори-

---

[5]) Оперативное акушерство 1885 стр. 549. (данныя взяты за 1883—1884 гг.).

[6]) Изъ данныхъ, любезно мнѣ имъ сообщенныхъ, оказывается, что это общій % смертности, собственно же къ перфораціи и именно трудной краніоклазіи (vistula recto et vesico-uterina) можетъ быть отнесенъ только одинъ случай изъ 39 перф., наблюдавшихся въ С.-Петерб. Родовсп. Заведеніи за 1885—1887 гг., с. т 2, 5%

тельной для ляпаротоміи, причемъ имѣющаго дѣло съ асептической роженицей; конечно, при ея согласіи на операцію.

6) Кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи должно быть замѣнено перфораціей въ тѣхъ случаяхъ, когда роженица не можетъ быть переведена въ обстановку благопріятную для ляпаротоміи или когда она инфецирована, причемъ врачъ имѣетъ научное право выжидать смерти плода.

7) Операція Porro при септическомъ эндометритѣ не всегда гарантируетъ полное удаленіе всего зараженнаго фокуса.

8) Поворотъ и извлеченіе могутъ имѣть мѣсто при незначительно съуженныхъ (не менѣе 9 ctm. c. v.) плоскихъ тазахъ.

9) Преждевременные роды имѣютъ мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, когда могутъ быть вызваны не ранѣе 36-й недѣли беременности т. е. при слабыхъ съуженіяхъ таза.

10) Перфорація и кесарское сѣченія при относительномъ съуженіи таза величины не сравнимыя, такъ какъ каждая изъ этихъ операцій имѣетъ свои собственныя показанія и преслѣдуетъ не одинаковыя цѣли.

11) Операція Porro можетъ быть примѣнена какъ ultimum refugium въ случаяхъ неудержимаго послѣродоваго кровотеченія, напр. при параличѣ мѣста прикрѣпленія послѣда, впрочемъ въ подходящемъ случаѣ можно прибѣгнуть къ обоюдосторонней перевязкѣ приводящихъ сосудовъ.

Считаю своимъ пріятнымъ долгомъ высказать здѣсь мою сердечную признательность глубокоуважаемому профессору Алексѣю Ивановичу Лебедеву за научное руководительство и теплое участіе, которыя я всегда встрѣчалъ съ его стороны.

ЛИТЕРАТУРА.

Albert. Kaiserschnitt u. Perforation N. Zeitschrift f. Geb. 1836 III. 294—300.

Barnes. Lectures of obstetric operations. 1871.

Бергъ. Мед. Вѣстникъ 1863 III. стр. 345—348.

Beumer. Arch. f. Gyn. XX, стр. 421.

Boer. Gedanken über Kaiserschnitt u. Ekthirn. der Frucht im Mutterleibe. Wien. 1793.

Credé. Arch. f. Gyn. XXVIII, 1.

Онъ-же » » » XXX, стр. 322.

Davidsohn. Historia sectionis caesareae. Regimenti 1827.

Dambre. Bull. Acad. royal de med. de Belge 1860 стр. 796—816.

Döderlein. Arch. f. Gyn. XXX, стр. 412.

Даниловичъ. Журналъ акушерства и женск. бол. 1887, стр. 446.

Dusart. De la suture viscero-parietale, 1867. Diss. Paris.

Erhardt. Ztschft. d. Staatsarznk. Erlangen II. 337—344.

Fleischmann. Ztschrft. f. Heilk 1886.

Frank. Berliner Med. Wochenschrift 1885, стр. 349.

Онъ-же Centr f. Gyn. 1881 № 25.

Gastingius. De rationibus sectionem. caesaream in usum vocandi. 1791 Iena.

Gerard. De l'avortment etc. 1863.

Guéniot. Parallele entre la céphalotripsie et l'opération cèsarienne, Paris 1866.

Greenhalgh. The obst. soc. London 1865 VII p. 270—189.

Guerdan. Mitth. d. badisch. ärzlich Ver. 1858 XII 185—190.

Гугенбергеръ. St. Petersburg. Med. Ztschrft. 1873—74, стр. 232—250.
Онъ-же Московск. Врач. Вѣстн. 1874 №№ 13, 14.

Garrigues. The Amer. Iournal of obst. 1883, стр. 349.

Hull. A defence of the caesarean operation etc. Manchester 1799.

Hofmeier. Ztschr. f. Gebrtk. u. Gyn. XIV 1, стр. 95.

Хазанъ. Журналъ акуш. и женск. бол. 1887, стр. 967.

Iacolucci. Paragone della sinfisiotomia col. part. prematuro etc Napoli 1858.

Iewet. The New-Iork. med. Iourn. 1885, Aug. 29.

Kayser. De eventu sectionis caesareae. Havniae 1841.

Kinkead. Iourn. med. sc. 1880, стр. 445—484.

Krukenberg. Über das Verhalten alter Kaiserschnittnarben bei nachfolgender Schwangerschaft. Erster Congress in München 1886.

Онъ-же Arch. f. Gyn. XXVIII, 3.

Küneke. Die vier Factoren der Geburt. Berlin. 1869.

Крассовскій. А. Я. Оперативное Акушерство 1885.

Kehrer. Arch. f. Gyn. XXVII, 227.

Лебедевъ. А. И. Еженед. клинич. газета 1886.

Онъ-же Arch, f. Gyn. XXXI, стр. 218

Luks. De indicationibus sectionis caesareae. Regimenti. 1849.

Leopold. Arch. f. Gyn. XXVIII, 1.

Лазаревичъ. И. П. Журн. акуш. и женск. бол. 1887 № 12.

Levret. Observations sur les causes et les accidens de plusieurs accouchemens laborieux etc. Paris 1770.

Litzmann. Die Geburt bei engem Becken 1884.

Marchand. Diss. sur les causes qui exigent l'opération Césasienne. Paris 1816.

Meyer. Die Indicationen z. Kaiserschnitte u. zur Perfaration in ihrer Beziehung etc. Würzburg 1845.

Michaelis. N. Zeitschrift f. Geb. V, стр. 1.

Миллеръ Н. Ѳ. Дѣти недоноски и особенности ихъ болѣзней 1886. Москва.

Merckel. Arch. f. Gyn. XXI 1.

Martin. E. Monatschrift f. Geburtsk. XXIV.

Oettler. Monat. f. Geb. XXXIV, стр. 441.

Obermann. Arch. f. Gyn. XXVII. 266.

Отмъ. Врачъ 1886, стр. 488.

Pillore. Courr. med. XII, 1854.

Перлисъ. Наблюденія надъ конфигураціей дѣтской головки во время родовъ. Дисс. 1879. Спб.

Sänger. Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen etc. Leipzig. 1882.

Онъ-же Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. f. Gyn. Erst. Congress. abgehalten zu München 1886. Ueber Vereinfachung der Technik d. Kaiserschnittes.

Онъ-же Arch. f. Gyn. XXVI, стр. 163.

Замшинъ. Журналъ акуш. и женск. бол. 1887, стр. 461.

Онъ-же «Врачъ» 1888, стр. 147.

Scanzoni. Lehrbuch der Geburtshülfe 1887.

Simmons. An detestion of the fallacy of d-r Hull's defence of caesarean operation.

Spencer Wells. Brit. med. Iourn. 1881 № 1067.

Зворыкинъ. Къ вопросу о кастраціи при фибромiомахъ матки. Дисс. 1887.

Schröder. Lehrbuch d. Geburtsh. 1886.

Онъ-же Centr. f. Gyn. 1886. № 6.

Шмидтъ А. Э. Критическія и экспериментальныя изслѣдованія о маточномъ швѣ. 1887. Дисс.

Tillmans. De lethalitate sectionis Caesareae. 1833.

Theoderesko. Ueber die Indicationen zum Kaiserschnitte an Lebenden. Würzburg. 1864.

Tarnier. Traité des accouchements. 1887, стр. 1058.

Thorn. Arch. f. Gyn. XXIV. 437.

Vincent. Revue de Chirurgie 1881. 6 и 7.

Weyl. Essai de philosophie obstetricale del'operation césarrienne et du faeticide comparés. Paris 1864.

Weiss. An licet vivo foetu perforationem facerec si femina Scetionem Caesaream recusaverit. Monachii 1831.

Wiedow. Cent. f. Gyn. 1887. № 39.

Wyder. Arch. f. Gyn. XXXII, стр. 1.

Winter. Zeitschrift f. Geburts u. Gyn. XIII.

Widmer. Arch. f. Gyn. XXX. 1.

Zehner. De sectio caesarea et perforatione. Turici 1850.

Zweifel. Arch. f. Gyn. XXXI, стр. 193.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Терапія узкаго таза должна значительно измѣниться подъ вліяніемъ благопріятныхъ результатовъ консервативнаго кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи.

2) Только строгая постановка показаній къ кесарскому сѣченію при относительномъ съуженіи таза можетъ обезпечить этой операціи при теперешней техникѣ прочную будущность.

3) Комбинированный способъ удаленія значительно увеличенной въ объемѣ матки per vaginam et per laparotomiam долженъ быть предпочтенъ насильственному извлеченію этого органа при влагалищной его экстирпаціи [1]).

4) Прижиганіе ol. Martis полости матки и цервикальнаго канала приноситъ иногда существенную пользу въ тѣхъ упорныхъ endometrit'ахъ, гдѣ другія средства оказывал ись безуспѣшными.

5) Кромѣ общепринятыхъ условій вліяющихъ на врем я появленія первой менструаціи, несомнѣнное вліяніе на нее имѣетъ наслѣдственность [2]).

6) Мочеточники, какъ у человѣка, такъ и у животнаго, выбрасываютъ мочу въ пузырь не равными порціями и не въ одинаковые промежутки времени [3]).

7) Отсутствіе въ Академіи каѳедры исторіи медицин ы представляетъ существенный пробѣлъ въ дѣлѣ преподаванія-

---

[1]) Замшинъ. Случай полной экстирпаціи матки при фиброміомѣ, осложненной ракомъ шейки ея. (Сообщено съ демонстраціей больной 5 ноября 1887 г. въ Общ. Русскихъ Врачей въ С.-Петербургѣ).

[2]) Онъ-же, «Врачъ», 1884, стр. 469.

[3]) Онъ-же. «Еженедѣльная клиническая газета», 1887 г. № 1.

Примѣчаніе. Уже во время печатанія нашей работы появилась монографія Leopold'a, затрогивающая интересующій насъ вопросъ; «Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei engem Becken. 1888.

Curriculum vitae.

Лекарь, Андрей Ивановичъ Замшинъ, сынъ полковн., род. въ 1862 г. По окончаніи гимназическаго курса въ Варшавѣ поступилъ въ 1880-мъ году на медицинскій факультетъ ІМПЕРАТОРСКАГО Варшавскаго Университета. Въ 1882-мъ году перешелъ въ ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую Академію, гдѣ въ 1885-мъ году окончилъ курсъ вторымъ съ отличіемъ и преміей Иванова, и по конкурсу оставленъ при Академіи для научнаго усовершенствованія. Съ того же 1885 года состоитъ ординаторомъ Академической акушерско-гинекологической клиники профессора А. П. Лебедева. Въ маѣ 1886 г. сдалъ экзамены на доктора медицины, съ того же времени занимается въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи, гдѣ въ октябрѣ 1887 г. утвержденъ врачемъ-экстерномъ, и ведетъ амбулаторію женскихъ болѣзней при Покровской Общинѣ Сестеръ Милосердія. Состоитъ дѣйствительнымъ членомъ Общества Русскихъ Врачей и Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ. Имъ опубликованы работы и сдѣланы научныя сообщенія:

1) Beobachtungen über die Function der Ureteren, an einer Frau mit grosser Recto-vesico-vaginal—Fistel (Centralblatt für Gynäcologie 1887, № 19, Еженедѣльная клиническая газета 1887. № 1).

2) Случай кесарскаго сѣченія по консервативному методу съ модификаціей Sänger'a, оперированный А. П. Лебедевымъ. (Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней. 1887 г. № 6).

3) Случай полной экстирпаціи матки при фибромiомѣ, осложненной ракомъ шейки ея. («Врачъ» 1887 г., стр. 902).

4) Къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи. («Врачъ» 1888 г., № 8).

Въ настоящее время представляетъ диссертацію на степень доктора медицины подъ заглавіемъ: «къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи».